VISIT…

Проф. В. А. ОППЕЛЬ.

ОРГАНИЗАЦІОННЫЕ ВОПРОСЫ

ПЕРЕДОВОГО ХИРУРГИЧЕСКАГО ПОЯСА

ДѢЙСТВУЮЩЕЙ АРМІИ.

Безпл. прил. къ „Военно-медицинскому журналу“

ПЕТРОГРАДЪ.
Государственная Типографія.
1917.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Во время текущей войны мнѣ пришлось побывать на различныхъ фронтахъ дѣйствующей арміи. Участвуя въ разрѣшеніи лечебныхъ вопросовъ, касающихся раненыхъ, я принималъ участіе и въ разрѣшеніи вопросовъ организаціонныхъ. Считаю своимъ долгомъ подѣлиться прежде всего взглядами на организаціонную сторону дѣла. Буду считать себя счастливымъ, если эти взгляды, найдя сочувствіе, принесутъ пользу раненымъ.

В. Оппель.

ОРГАНИЗАЦІОННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРЕДОВОГО ХИРУРГИЧЕСКАГО ПОЯСА ДѢЙСТВУЮЩЕЙ АРМІИ.

Введеніе.—I. Передовая, тыловая и промежуточная хирургія.—II. Этапное леченіе раненыхъ.—III. Основные вопросы хирургической тактики.—IV. Сортировка раненыхъ.—V. Передовой перевязочный пунктъ.—VI. Ближайшій хирургическій тылъ (главный перевязочный пунктъ).—VII. Головной эвакуаціонный пунктъ.

Война идетъ... Такой «травматической эпидеміи», какую мы переживаемъ, не видали наши предшественники. Хирургія, достигшая до войны небывалаго развитія, теперь борется съ небывалой «травматической эпидеміей». Ясно, что именно въ виду небывалаго размѣра эпидеміи значеніе хирургіи сильнѣйшимъ образомъ возросло.

Достаточно на одну минуту представить себѣ, что значатъ сотни тысячъ раненыхъ, чтобы сразу понять, какое имѣетъ значеніе правильная организація хирургической помощи раненымъ съ государственной точки зрѣнія. Достаточно хоть разъ видѣть размѣры современныхъ поврежденій, граничащихъ часто съ невозможностью помочь, чтобы представить себѣ, что̀ значатъ для отдѣльнаго раненаго и цѣлыхъ ихъ категорій усовершенствованія способовъ хирургическаго леченія, при общей правильной организаціи хирургическаго дѣла во время войны.

Разсматривая хирургію во время войны съ государственной точки зрѣнія, нельзя не видѣть, что первая ея цѣль состоитъ въ возвращеніи государству и арміи въ наиболѣе короткій срокъ,

съ наименьшими изъянами, возможно большаго количества раненыхъ. Вторая цѣль заключается въ сохраненіи возможно большаго количества болѣе или менѣе трудоспособныхъ людей, для арміи, можетъ быть, мало полезныхъ или даже безполезныхъ, но полезныхъ для государства. Наконецъ, третья цѣль заключается въ спасеніи жизней, можетъ быть, для государства и безполезныхъ, но дорогихъ для него, какъ жизней защитниковъ отечества.

Слѣдовательно, не принимая во вниманіе цѣнности жизни и здоровья для обладателя ею, цѣнности отдѣльной жизни для семьи, для близкихъ, принимая во вниманіе только точку зрѣнія государства, приходится хирургіи во время войны отвести видное, государственнаго значенія мѣсто.

Если всмотрѣться въ то, съ чѣмъ имѣетъ дѣло хирургія во время войны, и сравнить съ тѣмъ, съ чѣмъ имѣетъ дѣло хирургія мирнаго времени, то разница, конечно, получается. Всѣмъ извѣстно, что отличіе состоитъ въ томъ, что во время войны хирургіи приходится считаться преимущественно съ различнаго рода огнестрѣльными поврежденіями. Другое отличіе, не менѣе важное, заключается въ томъ, что хирургіи во время войны приходится считаться съ массовымъ характеромъ поврежденій. Совершенно естественно, что при массовыхъ поврежденіяхъ разнообразіе ихъ чрезвычайно велико, велико разнообразіе осложненій; нужно ожидать, поэтому, разнообразія и средствъ леченія.

Хирургіи мирнаго времени сравнительно нерѣдко приходится имѣть дѣло съ огнестрѣльными поврежденіями. Однако, по сравненію съ другого рода поврежденіями и заболѣваніями, количество огнестрѣльныхъ поврежденій оказывается въ общемъ незначительнымъ. Тѣмъ не менѣе, огнестрѣльныя поврежденія мирнаго времени пользуются достаточнымъ вниманіемъ. Въ противоположность сказанному, хирургія во время войны не можетъ не обращать вниманія даже въ передовыхъ лечебныхъ учрежденіяхъ на рядъ острыхъ заболѣваній, какъ аппендицитъ, ущемленіе грыжъ, заворотъ кишекъ. Тыловой хирургіи во время войны приходится сталкиваться съ еще большимъ

разнообразіемъ заболѣваній, вплоть до истинныхъ новообразованій.

Было бы странно, думаю, если бы выработанныя показанія къ леченію такого или иного заболѣванія измѣнялись въ зависимости отъ того, что идетъ война. Мнѣ казалось бы страннымъ отказаться отъ операціи по поводу, напр., ущемленной грыжи или бурно протекающаго остраго аппендицита въ перевязочномъ отрядѣ дивизіи, какъ казалось бы страннымъ отказаться отъ операціи по поводу хоть новообразованія въ глубоко-тыловомъ госпиталѣ.

Думаю, что съ принципіальной точки зрѣнія установленныя показанія къ леченію того или другого заболѣванія должны удовлетворяться не въ зависимости отъ переживаемаго времени.

Въ мирное время уже были выработаны показанія къ опредѣленнымъ способамъ леченія по отношенію ко многимъ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ. Правда, за время войны знанія касательно огнестрѣльныхъ поврежденій значительно расширились, но то, что уже было выработано, кажется, нѣтъ необходимости измѣнять къ худшему. А, между тѣмъ, за время войны наблюдались и наблюдаются нѣкоторыя качанія во взглядахъ. Какъ наиболѣе яркій примѣръ, возьму вопросъ о леченіи огнестрѣльныхъ поврежденій полости живота.

Въ мирное время были хирурги, стоявшіе за выжидательное отношеніе къ подобнаго рода поврежденіямъ. Понятно, когда эти хирурги во время войны остаются сторонниками выжидательнаго отношенія къ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ полости живота, понятно еще, если хирургъ, активный въ мирное время, за время войны, подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ соображеній, мѣняетъ свои взгляды и переходитъ въ лагерь «выжидающихъ», но съ принципіальной точки зрѣнія непонятно то, что иногда происходитъ.

Среди хирурговъ есть рядъ такихъ, которые принципіально стоятъ на сторонѣ полезности чревосѣченій по поводу огнестрѣльныхъ поврежденій полости живота, которые производятъ чревосѣченія въ періоды относительнаго затишья на позиціяхъ

и отказываются отъ производства чревосѣченій во время наплыва раненыхъ. Отказываются съ болью въ сердцѣ, отказываются потому, что времени не хватаетъ на подачу помощи наиболѣе тяжкимъ раненымъ.

Слѣдовательно, взглядъ хирурга на данный вопросъ можетъ быть вполнѣ опредѣленнымъ, но привходящія условія мѣшаютъ проведенію этого взгляда въ жизнь, мѣшаютъ его осуществленію.

Я воспользовался однимъ примѣромъ. Количество примѣровъ можетъ быть увеличено, но выводъ изъ нихъ останется тотъ же: условія боевой жизни въ рядѣ случаевъ препятствуютъ осуществленію принциповъ хирургическаго леченія.

Съ такимъ положеніемъ вещей мириться нельзя. Наоборотъ, наша задача сводится къ тому, чтобы дать возможность хирургіи во время войны полностью удовлетворить показанія къ леченію, сколь бы ни было сложно послѣднее. Думаю, что для достиженія такой цѣли имѣетъ самое существенное значеніе организація хирургической помощи. Вотъ почему я позволяю себѣ остановиться на вопросахъ организаціи хирургической помощи во время войны и прежде всего въ передовомъ лечебномъ поясѣ дѣйствующей арміи.

I. ПЕРЕДОВАЯ, ТЫЛОВАЯ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ХИРУРГІЯ.

Каждая отдѣльная перестрѣлка, особенно каждый отдѣльный бой, даетъ то большее, то меньшее количество огнестрѣльныхъ поврежденій — поврежденій, наносимыхъ различнымъ огнестрѣльнымъ оружіемъ, касающихся различныхъ тканей, органовъ и полостей, въ различныхъ комбинаціяхъ. Съ хирургической точки зрѣнія, изъ всей массы поврежденій прежде всего выдѣляется та группа, для леченія которой—въ цѣляхъ предупрежденія, главнымъ образомъ, инфекціи раны—требуется наложеніе первичной повязки. Никому и въ голову не приходитъ оспаривать цѣлесообразность наложенія первичныхъ повязокъ. Значеніе ихъ признано разъ и навсегда; можетъ идти вопросъ только объ усовершенствованіяхъ подобныхъ повязокъ.

Отсюда выросъ вопросъ объ «индивидуальныхъ пакетахъ», объ «антисептическихъ пакетахъ»; отсюда пошелъ вопросъ о «самопомощи», о передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ и т. д. Такимъ образомъ, первичная перевязка раненыхъ представляетъ собой первый и весьма важный актъ передовой хирургіи. Безъ этого акта, какъ, по возможности, предупреждающаго зараженіе раны, немыслима правильная организація хирургической помощи раненымъ.

Легко представить себѣ теоретически (такъ оно есть и на самомъ дѣлѣ), что среди большого количества найдется извѣстный % раненій, по отношенію къ которымъ, въ цѣляхъ предупрежденія развитія инфекціи, наложеніе первичной повязки окажется недостаточнымъ. Первичная повязка въ своемъ идеалѣ можетъ предупредить занесеніе заразы въ еще не зараженную рану, но никоимъ образомъ не можетъ препятствовать прививкѣ къ ранѣ уже попавшихъ въ послѣднюю микроорганизмовъ. Разъ микроорганизмы въ рану попали, но не успѣли еще къ ней привиться, то возникаетъ вопросъ о предупрежденіи развитія инфекціи въ самой ранѣ. Разрѣшеніе этого вопроса при современныхъ знаніяхъ сравнительно часто находится въ зависимости отъ первичнаго оперативнаго вмѣшательства. Послѣднее преслѣдуетъ чисто-консервативную цѣль: не допустить развитія инфекціи въ ранѣ, а если инфекція уже привилась, то поставить рану въ наивыгоднѣйшія условія борьбы съ инфекціей. Такимъ образомъ, путемъ примѣненія первичныхъ оперативныхъ вмѣшательствъ хирургія можетъ стремиться къ сохраненію жизней, къ сохраненію конечностей, къ возможному сохраненію тканей раненаго организма.

Слѣдовательно, въ интересахъ прежде всего борьбы съ зараженіемъ ранъ и ихъ окружности хирургія можетъ обратиться къ первичному оперативному вмѣшательству. Затѣмъ, какъ извѣстно, часто единственнымъ способомъ остановки кровотеченія и спасенія раненаго опять-таки является своевременная оперативная помощь. Сюда же присоединяются нѣкоторые виды раненій, напр., раненіе гортани, когда опера-

тивное вмѣшательство—и только оно—способно предотвратить смертельный исходъ.

Въ итогѣ накапливается порядочное количество примѣровъ, когда въ консервативныхъ цѣляхъ хирургія можетъ прибѣгнуть къ оперативному пособію. Поэтому, и возникаетъ вопросъ о приближеніи хирургически-оперативной помощи возможно ближе къ позиціямъ.

Насколько можно усмотрѣть изъ литературныхъ данныхъ, вопросъ этотъ съ принципіальной точки зрѣнія компетентными хирургами рѣшается въ утвердительномъ смыслѣ. Значитъ, въ сферу передовой хирургіи, несомнѣнно, входитъ оперативно-хирургическая дѣятельность. Однако, кажется мнѣ, не всѣ хирурги одинаково понимаютъ границы этой оперативной дѣятельности.

Общая характеристика показаній для оперативныхъ вмѣшательствъ передовой хирургіи выражается понятіемъ о «неотложности». Такъ какъ послѣднее понятіе зависитъ отъ той точки зрѣнія, съ какой на «неотложность» смотрѣть, то я и позволю себѣ, не входя въ анализъ взглядовъ хирурговъ, разсмотрѣть вопросъ такъ, какъ онъ мнѣ кажется наиболѣе правильнымъ.

Неотложность хирургическаго вмѣшательства для передовой хирургіи во время войны заключается въ стремленіи предотвратить непосредственно угрожающую жизни раненаго опасность, зависитъ ли эта опасность отъ кровотеченія, удушенія, зараженія и т. д. Думаю, что въ кругъ стремленій передовой хирургіи должно входить и предотвращеніе непосредственной опасности, грозящей отдѣльной части раненаго, напр., стремленіе къ сохраненію раненой конечности. Поэтому, я совершенно, напр., согласенъ съ проф. Р. Р. Вреденомъ, который настаивалъ на производствѣ первичныхъ debridement при оскольчатыхъ переломахъ конечностей.

Послѣдняго рода операціи сразу ставятъ вопросъ о передовой оперативной хирургіи на широкое основаніе, ибо количество огнестрѣльныхъ оскольчатыхъ переломовъ конечностей при современныхъ болхъ, дѣйствительно, значительно. А, между тѣмъ,

и ими не ограничивается примѣнимость оперативной помощи раненымъ.

Чтобы очертить кругъ дѣятельности передовой хирургіи въ отношеніи оперативной помощи, позволю себѣ начать изложеніе съ поврежденій полости живота. Именно съ этого вопроса лучше всего начать потому, что какъ разъ онъ-то и вызываетъ наибольшія разногласія; рѣшеніе же его въ ту или иную сторону имѣетъ значеніе для всего послѣдующаго.

На основаніи данныхъ русско-японской войны, какъ Р. Р. Вреденъ, такъ и В. Б. Гюббенетъ, отводили чревосѣченіямъ опредѣленное мѣсто, признавали за ними право гражданства. Однако, текущая война еще не разрѣшила вопроса о чревосѣченіяхъ. Со стороны компетентныхъ хирурговъ сдѣланы заявленія о неумѣстности чревосѣченій по поводу огнестрѣльныхъ поврежденій, объ ихъ безполезности и, наоборотъ, о полезности выжидательнаго отношенія къ раненымъ въ полость живота. Если я не ошибаюсь, наиболѣе категоричнымъ сторонникомъ подобныхъ взглядовъ является проф. Г. В. Цеге-фонъ-Мантейфель. Онъ основываетъ свои взгляды главнымъ образомъ на статистическихъ данныхъ.

Само собой разумѣется, статистика имѣетъ значеніе, поэтому и позволю себѣ къ ней обратиться.

По В. Б. Гюббенету, въ П.-Артурѣ, въ его госпиталяхъ, «изъ 196 получившихъ раны, проникающія въ брюшную полость, умерло 146, т. е. 75%». Сколько умерло раненыхъ въ полость живота до госпиталей, остается неизвѣстнымъ. По даннымъ за текущую кампанію проф. Н. Н. Петрова, «изъ общаго числа въ 117, не подвергнутыхъ первичной лапаротоміи», умерло въ общемъ 76, т. е. 65%. По даннымъ Алексне, изъ 121 раненаго «въ животъ съ выясненнымъ раненіемъ органовъ брюшной полости . . . . . при выжиданіи на пунктѣ умерло 75 человѣкъ (62%)». Послѣднія данныя особенно интересны, ибо они касаются опредѣленнаго мѣста, а именно перевязочнаго отряда дивизіи.

На юго-западномъ фронтѣ мнѣ удалось собрать нѣкоторыя статистическія данныя, о которыхъ позволю себѣ сказать нѣ-

сколько словъ. Мои цифры касаются перевязочныхъ отрядовъ дивизій, лазаретовъ дивизій, полевыхъ подвижныхъ госпиталей и полевыхъ запасныхъ госпиталей. Приведу цифры, касающіяся только раненій живота:

	% смертности.
перевязочные отряды дивизій	21,90
лазареты дивизій	19,23
полевые подвижные госпитали	17,10
полевые запасные госпитали	17,40.

На первый взглядъ, смертность оказывается совсѣмъ небольшой. Однако, цифры нуждаются въ освѣщеніи. Въ таблицѣ приведены данныя четырехъ этаповъ хирургической помощи. Для простоты допустимъ сначала, что раненые проходятъ черезъ всѣ четыре этапа. Тогда окажется,—на главномъ перев. пунктѣ (перевязочный отрядъ дивизіи) погибаютъ круглымъ счетомъ 22%, значитъ, до лазаретовъ дивизій изъ 100 раненыхъ въ животъ доходятъ 78 человѣкъ. Изъ нихъ въ лазаретахъ дивизій умираетъ 19,2%, т. е. приблизительно 15 чел. До полевыхъ подвижныхъ госпиталей доходятъ такимъ образомъ 63 челов., изъ которыхъ погибаютъ 17%, т. е. еще 10 человѣкъ. До запасныхъ госпиталей изъ первоначальныхъ 100 доходятъ всего уже 53 чел., изъ нихъ умираютъ еще 17%, т. е. еще 9 человѣкъ. Въ итогѣ изъ запасныхъ госпиталей выходятъ «выздоровѣвшими» 44 человѣка.

На основаніи сказаннаго можно было бы принять, что ранепія живота даютъ приблизительно 44% выздоровленія. Однако, результатъ касается раненій живота, а не раненій, проникающихъ въ его полость.

Принимая въ соображеніе данныя В. Б. Гюббенета, по которымъ изъ раненій живота 42% относятся къ раненіямъ стѣнокъ живота, получимъ, что для проникающихъ въ полость живота раненій выздоровленій оказывается около 2%.

Противъ точности приведенной статистики можно сдѣлать возраженія: главное изъ нихъ касается того обстоятельства, что, несомнѣнно, часть раненыхъ въ животъ попадаетъ въ лазареты дивизій, минуя перевязочный отрядъ дивизіи. Затѣмъ извѣстно, что часть раненыхъ въ полость живота, минуя лазареты дивизій, попадаетъ въ краснокрестные лазареты. Тѣмъ не менѣе, общій выводъ касательно безнадежности состоянія неоперированныхъ раненыхъ въ полость живота при современныхъ бояхъ кажется яснымъ.

Къ тому же выводу можно подойти инымъ путемъ, а именно разсчитать частоту раненій живота по отношенію ко всѣмъ остальнымъ раненіямъ въ различныхъ лечебныхъ этапахъ. Тогда окажется:

въ перевязочн. отрядахъ дивизій на	1000	ран.	25	ран. въ животъ
въ лазаретахъ дивизіи.	»	»	35	» »
въ полев. подвижн. госпиталяхъ	»	»	9	» »
въ полев. запасныхъ госпиталяхъ	»	»	10	» »

Опять оказывается, что до тыла доходитъ одна треть раненыхъ въ животъ, при чемъ отсюда не исключены раненые въ брюшную стѣнку. Если ихъ исключить, то результатъ будетъ совсѣмъ грустный: изъ раненыхъ въ полость живота, можетъ быть, кто-нибудь и выздоравливаетъ, но такое выздоровленіе должно считаться рѣдкимъ исключеніемъ; ни о какихъ болѣе или менѣе крупныхъ процентахъ выздоровленія не можетъ быть и рѣчи.

Мои данныя грустнѣе данныхъ Гюббенета, грустнѣе данныхъ Францке, который считаетъ, что безъ оперативнаго пособія выздоравливаетъ 31,5% изъ раненыхъ, «прибывающихъ въ госпиталь съ болѣе или менѣе выраженнымъ общимъ воспаленіемъ брюшины». За время войны мнѣ въ различныхъ учрежденіяхъ приходилось отказываться отъ операціи вслѣд-

ствіе наличія признаковъ разлитого перитонита, но изъ этихъ раненыхъ я не видѣлъ ни одного поправившагося. Всѣ умерли въ скоромъ времени. Наоборотъ, изъ раненыхъ, которыхъ я оперировалъ по поводу мѣстныхъ перитонитовъ, еще даже не осумковавшихся, мнѣ удалось нѣсколькихъ спасти.

Я не могу входить сейчасъ въ обсужденіе всѣхъ подробностей дѣла; поэтому, оставляю пока въ сторонѣ статистики нѣмецкихъ хирурговъ, хотя имп проф. Цеге-ф.-Мантейфель какъ разъ пользуется для доказательства пользы выжидательнаго отношенія къ раненымъ въ полость живота; замѣчу вскользь, что я несовсѣмъ могу согласиться съ тѣмъ толкованіемъ этихъ статистикъ, которое даетъ имъ проф. Цеге-ф.-Мантейфель.

Мой личный опытъ говоритъ за то, что во время относительныхъ затишій чревосѣченія по поводу огнестрѣльныхъ проникающихъ въ полость живота раненій даютъ около 30, во время наплыва раненыхъ при большомъ сраженіи около 20% выздоровленій. И такіе исходы я считаю пока утѣшительными, ибо имъ противопоставляются единичныя выздоровленія при выжиданіи.

Изъ сказаннаго вытекаетъ, что въ сферу передовой хирургіи, на мой взглядъ, входятъ чревосѣченія по поводу огнестрѣльныхъ проникающихъ въ полость живота раненій, при этомъ чревосѣченія, по возможности, раннія. Хирурги, относящіеся къ вопросу такъ же, какъ и я, указываютъ, что во время большого наплыва раненыхъ они отказываются отъ чревосѣченій въ виду недостатка времени. Это уже вопросъ другой—вопросъ организаціи, о которой я буду говорить дальше, а пока позволяю себѣ остановиться на принципіальной сторонѣ дѣла.

Только чревосѣченіе — и чревосѣченіе своевременное — можетъ искусственно локализировать инфекціонный процессъ въ брюшинѣ, и тѣмъ въ рядѣ случаевъ предотвратить смертельный исходъ.

На второмъ мѣстѣ я ставлю ранепія грудной клѣтки и опять поведу рѣчь главнымъ образомъ о проникающихъ ране-

ніяхъ. Смертность при раненіяхъ груди значительно меньше, чѣмъ при раненіяхъ живота, но тѣмъ не менѣе все-таки велика. Мои данныя, касающіяся ряда лечебныхъ учрежденій юго-западнаго фронта, обнаруживаютъ:

	% смертности.
перевязочные отряды дивизій	4,66
лазареты дивизій	2,99
полевые подвижные госпитали	8,63
полевые запасные госпитали	5,67

Изъ таблицы видно, что въ тыловыхъ учрежденіяхъ смертность раненыхъ въ грудную клѣтку повышается. Но еще интереснѣе данныя оказываются, если разсчитать количество раненыхъ въ грудь на 1000. Тогда выяснится, что въ перевязочныхъ отрядахъ ихъ имѣется на 1000—44, въ лазаретахъ дивизій—53, въ полевыхъ подвижныхъ госпиталяхъ—24, въ запасныхъ госпиталяхъ—34. Оказывается, что въ тыловыхъ госпиталяхъ частота раненыхъ въ грудь по сравненію съ передовыми учрежденіями (перев. отряды, лазареты дивизій) убываетъ на 35%. Если исключить ранения грудной клѣтки, касающіяся грудной стѣнки, не вскрывающія полость плевры, то на выздоровленіе проникающихъ раненій придется мало. Поэтому, вполнѣ понятно, когда постоянно слышишь, что раненые съ глухими, напр., раненіями грудной клѣтки, особенно раненые осколками артиллерійскихъ снарядовъ, мрутъ въ ужасающемъ количествѣ. Цифры это подтверждаютъ.

Выходъ изъ такого положенія можетъ быть только одинъ: опять своевременность оперативнаго вмѣшательства по поводу нѣкоторыхъ категорій раненій грудной клѣтки. Помимо глухихъ проникающихъ раненій, наносимыхъ большими осколками артиллерійскихъ снарядовъ, я тутъ же позволю себѣ отмѣтить касательныя раненія со вскрытіемъ полости плевры, которыя при оперативномъ вмѣшательствѣ даютъ хорошій прогнозъ; безъ него раненые обречены во многихъ случаяхъ на гибель.

Далѣе перехожу къ раненіямъ черепа. Статистическія данныя говорятъ слѣдующее:

	% смертности.
перевязочные отряды дивизій	6,62
лазареты дивизій	3,70
полевые подвижные госпитали	5,70
полевые запасные госпитали	9,93

Изъ таблицы опять ясно, что смертность раненій черепа повышается по направленію къ тылу. Количество раненыхъ въ черепъ также рѣзко убываетъ. На 1000 раненыхъ вообще—раненыхъ въ черепъ въ перевязочныхъ отрядахъ 49, въ лазаретахъ дивизій 55, въ полев. подвижныхъ госпиталяхъ 26, въ запасныхъ госпиталяхъ 26. Опять, раненые въ черепъ становятся вдвое рѣже въ тыловыхъ учрежденіяхъ, что гармонируетъ съ ихъ большой смертностью, несмотря даже на оперативныя пособія. Вѣдь изъ статистики выходитъ, что въ тыловыхъ госпиталяхъ оказывается приблизительно 50% первоначальнаго количества раненыхъ въ черепъ, при чемъ въ тыловыхъ госпиталяхъ изъ нихъ умираетъ еще 10%.

Какъ разъ въ этотъ моментъ я вернусь на нѣсколько мгновеній къ раненіямъ брюшной и грудной полостей. Мы имѣемъ передъ собой три рода раненій, наиболѣе губительныхъ: раненія полости живота, полости груди и полости черепа. Кажется, почти нѣтъ сторонниковъ выжидательнаго леченія огнестрѣльныхъ переломовъ черепа, напр., кусками артиллерійскихъ снарядовъ, хотя смертность и при оперативномъ леченіи довольно высока. Думаю, едва ли можно оспаривать, что благодаря оперативному вмѣшательству все же удается извѣстный % раненыхъ спасти. Рядомъ—огнестрѣльныя поврежденія грудной клѣтки, приблизительно съ такой же смертностью, какъ и при поврежденіяхъ черепа, а, между тѣмъ, эта смертность получается безъ первичныхъ вмѣшательствъ. Очевидно, можно ждать отъ оперативныхъ пособій нѣкотораго положительнаго результата. Наконецъ, раненія полости живота—смертность еще большая.

Очевидно, надо искать средствъ спасенія,—по крайней мѣрѣ, настолько, насколько это современнымъ положеніемъ хирургіи дается. Такъ какъ я рѣшительно не вижу разницы въ показаніяхъ къ вмѣшательству, приходится ли устанавливать показанія въ клиникѣ или на театрѣ военныхъ дѣйствій (не вижу разницы, конечно, съ принципіальной точки зрѣнія), то думаю, что все стремленіе должно направить въ сторону созданія условій, насколько это въ нашихъ силахъ, для того, чтобы показанія къ выполненію оперативнаго пособія могли удовлетворяться сообразно только съ самимъ поврежденіемъ и состояніемъ раненаго.

Центръ тяжести причинъ неблагопріятныхъ исходовъ отъ раненій полостей живота, груди и черепа находится въ инфекціи. Такъ же точно большинство остальныхъ раненій, показующихъ первичное оперативное вмѣшательство, грозитъ инфекціей и въ зависимости отъ нея или смертью, или потерей, напр., конечности. Въ этомъ отношеніи поучительны ранепія осколками артиллерійскихъ снарядовъ суставовъ, особенно ранепія колѣннаго сустава. Мнѣ приходилось слышать такія заключенія, что раненія колѣннаго сустава осколкомъ артиллерійскаго снаряда равносильны или смерти, или ампутаціи конечности. Очевидно, что въ подобномъ заключеніи есть ненормальность. Очевидно, что при своевременномъ первичномъ вмѣшательствѣ не можетъ быть такого положенія вещей, при которомъ ранепіе колѣпнаго сустава осколкомъ артиллерійскаго снаряда обязательно должно кончиться ампутаціей или смертью раненаго. Совершенно ясно, что и въ этомъ отношеніи передовой хирургіи есть надъ чѣмъ поработать.

На основаніи своихъ личныхъ наблюденій, я пришелъ къ заключенію, что наиболѣе часто ранятся колѣнный и плечевой суставы. Какъ тотъ, такъ и другой заслуживаютъ самаго серьезнаго къ себѣ отношенія со стороны передовой хирургіи, и въ своевременности вмѣшательствъ я вижу просвѣтъ въ той мрачной картинѣ исходовъ, которая рисуется до сихъ поръ.

Вопросъ объ оскольчатыхъ переломахъ костей конечностей обратилъ на себя серьезное вниманіе еще во время русско-японской кампаніи. Не могу не присоединиться къ заключенію,

что первичное debridement въ состояніи спасти такую конечность, которая на первый взглядъ кажется почти потерянной.

Въ результатѣ передовая хирургія получаетъ широкое поле дѣятельности не только по наложенію первичныхъ повязокъ, не только по выполненію иммобилизацій переломленныхъ конечностей, но и по выполненію большого количества оперативныхъ вмѣшательствъ самаго разнообразнаго характера, направленныхъ къ спасенію жизни, къ спасенію всего того, что̀ можетъ быть еще сохранено. Задаваясь наиболѣе консервативными цѣлями, передовая хирургія для достиженія своихъ цѣлей должна пользоваться тѣми оперативными пріемами, надежность которыхъ уже установлена. Въ этомъ я вижу задачу передовой хирургіи.

Если спокойно посмотрѣть на то, чему учитъ хирургическая сторона жизни войны, то совершенно опредѣленно окажется, что на ряду съ передовой хирургіей существуетъ тыловая хирургія. Ея задачи составляютъ собой непосредственное продолженіе задачъ передовой хирургіи. Тыловая хирургія въ своемъ цѣломъ имѣетъ двѣ стороны. Первая сторона состоитъ въ долечиваніи ранъ. Въ этомъ отношеніи она аналогична передовой хирургіи: какъ тамъ дѣло идетъ о наложеніи первичной повязки и о послѣдующихъ правильныхъ перевязкахъ, такъ и здѣсь дѣло касается иногда длительнаго примѣненія перевязокъ вплоть до того момента, когда рана зарубцуется. Само собой разумѣется, въ компетенцію долечиванія ранъ входитъ кругъ и оперативныхъ вмѣшательствъ. Достаточно въ этомъ отношеніи сослаться, напр., на долечиваніе костныхъ свищей, чтобы представить себѣ оперативную сторону вопроса о долечиваніи. Другая сторона тыловой хирургіи заключается въ стремленіи къ излеченію уже закончившихся, выяснившихся послѣдствій огнестрѣльныхъ поврежденій. Опять на сцену появляется оперативная хирургія и опять она появляется не только съ принципами консерватизма, но съ принципами, если позволено будетъ такъ выразиться, регенератизма. Въ самомъ дѣлѣ, тыловая хирургія хлопочетъ о возстановленіи трудоспособности человѣка, о возвращеніи потерпѣвшимъ частямъ утерянной функціи.

Необъятное поле дѣятельности тыловой хирургіи во время войны можно было бы иллюстрировать безчисленнымъ количествомъ примѣровъ. Думаю, что этого и дѣлать не стоитъ, ибо всѣмъ понятно значеніе такой хирургіи, и нѣтъ большихъ споровъ о возможности примѣненія хирургіи.

Думаю, что всѣмъ понятно, что постановка хирургической помощи въ тылу не можетъ идти правильно безъ соотвѣтствующей организаціи. Достаточно вспомнить значеніе спеціальныхъ учрежденій по оказанію пособій челюстнымъ поврежденіямъ, достаточно обратить вниманіе даже на такую сравнительно малую область, какъ только что упомянутая,—чтобы представить себѣ значеніе организаціи и значеніе спеціализаціи, какъ основанія хирургической организаціи тыла. Если сюда прибавить вопросъ о цѣломъ морѣ увѣчій конечностей, начиная съ ампутацій, переходя къ сведеніямъ конечностей и т. д., то кругъ дѣятельности тыловой хирургіи до извѣстной степени очертится.

Если представить себѣ, что передовая хирургія съ точностью выполнитъ свое назначеніе, тѣмъ не менѣе она не будетъ въ состояніи предотвратить у всѣхъ раненыхъ развитіе инфекціи.

Наиправильнѣйшимъ образомъ примѣненныя вмѣшательства не даютъ постояннаго благопріятнаго результата потому, что инфекція, въ рану попавшая, или уже къ ранѣ привилась, или ее не удается изъ раны удалить. Рана, поставленная въ болѣе выгодныя условія борьбы съ инфекціей, все же заражается. И вотъ передъ нами развертывается картина всевозможныхъ осложненій раненій. При тѣхъ условіяхъ, когда передовая хирургія сравнительно далека отъ своего идеала, количество осложненій оказывается необыкновенно велико.

Борьба съ заболѣваніями, осложняющими теченіе раненій, не есть задача передовой хирургіи. Въ сущности это не есть спеціальная задача тыловой хирургіи. Тыловой хирургіи въ типичномъ случаѣ слѣдовало бы имѣть дѣло съ послѣдствіями раневыхъ осложненій. Задача борьбы съ раневыми осложненіями падаетъ на промежуточную хирургію. Такъ мнѣ да позволено

будетъ назвать средній хирургическій лечебный поясъ между передовымъ и тыловымъ.

Такъ какъ осложненія въ теченіи ранъ возникаютъ въ первые дни послѣ раненій, то, очевидно, эти осложненія должны обращать на себя вниманіе въ болѣе передовыхъ учрежденіяхъ, чѣмъ глубоко тыловыя учрежденія. Эти осложненія промежуточными лечебными заведеніями должны останавливаться, и только для долечиванія должны передаваться раненые въ тыловыя учрежденія. Тогда возникаетъ схема трехъ хирургическихъ поясовъ: передовой поясъ—поданіе неотложной помощи, включая предупрежденіе зараженій ранъ; промежуточный поясъ—борьба съ раневыми осложненіями; тыловой поясъ—борьба съ послѣдствіями поврежденій и послѣдствіями ихъ осложненій.

Обычно принято различать передовой поясъ, ближній и дальній хирургическій тылъ. Мнѣ кажется, что такія понятія не совсѣмъ отвѣчаютъ своему назначенію, и ведутъ къ нѣкоторымъ недоразумѣніямъ. Всякое болѣе передовое лечебное учрежденіе имѣетъ свой ближній тылъ; такъ, ближнимъ тыломъ лазарета дивизіи оказывается полевой подвижной госпиталь; ближнимъ тыловымъ послѣдняго въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказывается или госпиталь такого же наименованія, или запасный госпиталь. Между тѣмъ, на основаніи изученія вопроса, я пришелъ къ такому, напр., заключенію: хирургическая дѣятельность лазарета дивизіи можетъ быть совершенно одинаковой съ хирургической дѣятельностью полевого подвижного госпиталя. Я не вижу основаній отказываться отъ выраженія «ближній тылъ», я охотно этотъ терминъ удерживаю, но—для обозначенія относительнаго расположенія двухъ какихъ-либо лечебныхъ заведеній—даже одного лечебнаго пояса. Такъ, напр., въ передовомъ поясѣ можно и нужно различать: линію передовыхъ перевязочныхъ пунктовъ, по отношенію къ которымъ перевязочный отрядъ дивизіи или лазаретъ дивизіи являются ближнимъ тыломъ. Ближнимъ тыломъ послѣднихъ оказываются полевые подвижные госпитали.

По цѣлому ряду соображеній, едва ли возможно ожидать, чтобы упомянутыя сейчасъ лечебныя учрежденія взяли на себя

всю массу работы промежуточнаго пояса. Подъ понятіе промежуточнаго хирургическаго пояса скорѣе подойдетъ головной эвакуаціонный пунктъ, госпитали котораго, дѣйствительно, могутъ нести и несутъ главную работу по борьбѣ съ раневыми осложненіями. Но и головной эвакуаціонный пунктъ, по обстоятельствамъ военнаго характера, можетъ въ опредѣленномъ случаѣ оказаться не въ состояніи отдаться промежуточной хирургіи, а поясъ такой промежуточной хирургіи тѣмъ не менѣе все-таки долженъ быть и будетъ. Можетъ быть, имъ окажется иногда тыловой эвакуаціонный пунктъ, а тыловой хирургіей будутъ заниматься въ такомъ случаѣ лечебныя заведенія внутренняго района.

Я говорю только, что раздѣленіе хирургической работы на пояса—передовой, промежуточный и тыловой—выдвигается самой жизнью. Такъ какъ война представляетъ собой событіе текущее и перемѣнчивое, то функцію того или иного пояса могутъ въ различныхъ условіяхъ нести лечебныя заведенія различныхъ наименованій, различнаго удаленія отъ линіи позицій, хирургическіе же пояса не измѣняются.

Само собой разумѣется, наиболѣе рѣзко пояса хирургической дѣятельности выражены тогда, когда эвакуаціонная линія оказывается растянутой. Понятно, что, при сокращеніи эвакуаціонной линіи, промежуточный поясъ до извѣстной степени сливается съ тыловымъ, но и то—только до извѣстной степени. Основная разница остается.

Сдѣланныя замѣчанія важны для меня, какъ предпосылки къ слѣдующему изложенію. Условившись въ нѣкоторыхъ понятіяхъ, условившись въ кругѣ дѣятельности различныхъ хирургическихъ поясовъ, я смогу легче вести изложеніе касательно организаціи хирургической помощи передового пояса.

II. ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНІЕ РАНЕНЫХЪ.

Каждый раненый имѣетъ неотъемлемое право не только желать получить, но и въ самомъ дѣлѣ получить требуемое его раненіемъ пособіе и леченіе. Государство можетъ требовать

отъ хирургіи излеченія возможно большаго количества раненыхъ, въ возможно короткій срокъ, съ наименьшими изъянами въ организмѣ. Сами хирурги, думаю, согласятся, что каждый раненый въ принципѣ долженъ получить соотвѣтствующую его ранѣнію помощь. Наука можетъ считать себя вполнѣ разрѣшившей задачу только тогда, когда приведенный тезисъ выполненъ.

Мнѣ приходилось въ началѣ войны слышать взгляды, что хирургія на войнѣ заботится о спасеніи и излеченіи большинства, т. е. болѣе легкихъ раненыхъ. Интересами меньшинства можно жертвовать въ интересахъ большинства. Съ такой постановкой вопроса я не могъ и не могу согласиться до сихъ поръ. Принципъ—подача помощи всѣмъ, въ какой бы сложной помощи раненый ни нуждался, для меня остается единственнымъ руководящимъ принципомъ.

Такимъ образомъ, первое стремленіе хирургіи во время войны заключается въ подачѣ правильныхъ своевременныхъ пособій раненымъ всякихъ категорій. Второе требованіе состоитъ въ обезпеченіи раненыхъ правильнымъ леченіемъ. Разрѣшеніе обоихъ этихъ вопросовъ составляетъ лечебную сторону дѣла организаціи хирургической помощи раненымъ во время войны, составляетъ первое основаніе организаціи хирургической помощи.

Второе основаніе организаціи заключается въ эвакуаціи раненыхъ. Что эвакуація раненыхъ съ театра военныхъ дѣйствій необходима, противъ этого спорить нельзя. Что при современныхъ бояхъ эвакуація особенно нужна, ясно изъ того, что безъ эвакуаціи некуда было бы дѣвать раненыхъ. Но въ то же время не слѣдуетъ эвакуацію переоцѣнивать. Я думаю, что эвакуація въ ущербъ пособіямъ и леченію представляетъ собой одну изъ крупнѣйшихъ ошибокъ, могущихъ принести большое количество непоправимыхъ несчастій, притомъ—несчастій массовыхъ, имѣющихъ даже государственное значеніе.

Предметъ этотъ настолько важенъ, что я считаю необходимымъ войти въ его подробности, а для послѣдняго—начать разсмотрѣніе предмета съ возможныхъ схемъ постановки хирургической помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Самымъ простымъ теоретически мыслимымъ разрѣшеніемъ вопроса могла бы оказаться такая постановка дѣла, при которой эвакуація была бы ограничена до крайнихъ предѣловъ, а леченіе всѣхъ раненыхъ было бы сосредоточено въ районѣ самой арміи. Эвакуація оказалась бы необходимой постольку, поскольку раненыхъ слѣдовало бы перевозить съ передовыхъ позицій до лечебныхъ заведеній арміи. Нельзя не признать, что съ чисто лечебной точки зрѣнія такой планъ дѣйствій былъ бы полезенъ: раненые могли бы получать своевременную помощь и лечиться, не будучи вынуждены отправляться въ тыловыя учрежденія.

Однако такой планъ встрѣтилъ бы непреодолимыя препятствія по размѣщенію раненыхъ, по ихъ леченію. Громадныя скопища раненыхъ, громадныя скопища лечебныхъ учрежденій до такой степени стѣснили бы армію, ея подвижность, что планъ организаціи хирургической помощи раненымъ «на мѣстѣ» оказался бы гибельнымъ для раненыхъ, гибельнымъ для арміи. Какъ показываютъ историческія изслѣдованія П. П. Потираловскаго, такой планъ строился отдѣльными хирургами, но, конечно, терпѣлъ неудачу. Онъ неосуществимъ для большихъ сраженій, неосуществимъ для маневренной войны. До извѣстной степени онъ можетъ найти себѣ примѣненіе при позиціонной войнѣ, онъ находитъ свое примѣненіе въ осажденной крѣпости.

Вторая мыслимая схема организаціи хирургической помощи можетъ заключаться въ немедленной эвакуаціи раненыхъ изъ дѣйствующей арміи какъ можно дальше въ тылъ. Если бы средства эвакуаціи позволяли, если бы эвакуацію можно было бы производить со скоростью, напр., курьерскаго поѣзда, то, конечно, большинству раненыхъ надлежало бы, по полученіи первичной помощи, эвакуироваться въ тылъ верстъ на 200-300. Если бы раненые въ теченіе первыхъ 5-6 часовъ послѣ ранснія могли бы пройти по направленію къ тылу 200-300 верстъ, то они въ большинствѣ случаевъ попали бы въ нужное для нихъ время въ условія тыловой госпитальной обстановки со всѣми возможными приспособленіями для леченія. Однако и при такой обстановкѣ пришлось бы дѣлать исключенія въ интересахъ

нѣкоторыхъ раненыхъ; такъ, напр., пришлось бы исключать изъ эвакуаціи съ подобной быстротой раненыхъ въ полость живота, раненыхъ въ полость груди, которымъ пяти-шестичасовая эвакуація могла бы быть вредна. Но громадное большинство раненыхъ могло бы быть перекинуто въ тылъ. Армія отъ освобожденія отъ раненыхъ выиграла бы, сами раненые въ громадномъ большинствѣ случаевъ не проиграли бы, наоборотъ часто также бы выиграли. Задача была бы рѣшена.

Факты показываютъ, что эвакуація при современныхъ условіяхъ не можетъ достичь той быстроты, о которой только что было говорено. Раненые, эвакуируемые прямо съ позиціи, попадаютъ въ тыловыя учрежденія въ наилучшемъ случаѣ черезъ сутки, часто гораздо позже. А между тѣмъ для очень и очень большого количества раненыхъ имѣетъ самое серьезное значеніе срокъ, протекшій отъ момента ранепія до подачи серьезной (напр., оперативной) помощи. Судьба исхода раненія, судьба большаго или меньшаго калѣченія находится часто въ полной зависимости отъ промежутка времени между раненіемъ и подачей оперативной помощи. Въ этомъ отношеніи укажу, какъ на примѣръ, на рваныя раны мягкихъ частей—спеціально мышцъ—отъ дѣйствія взрывчатыхъ пуль. Обширные, рвано-размозженные каналы въ мышцахъ, каналы, о размѣрахъ которыхъ нельзя даже судить по наружному виду входного и выходного отверстій, не будучи своевременно оперированы, сопровождаются такими жестокими зараженіями (вплоть до газовой гангрены), что черезъ сутки послѣ ранепія зараженіе оказывается иногда уже смертельнымъ. А вѣдь въ примѣрѣ дѣло идетъ только о раненіяхъ мягкихъ частей, о раненіяхъ мышцъ. Этого обстоятельства никакъ нельзя упускать изъ вида, а оно, несомнѣнно, упускается.

Вотъ, напр., что говоритъ въ своей книгѣ П. П. Потираловскій: «если спросить, какая система въ настоящее время болѣе цѣлесообразна, то нужно отвѣтить, что при теперешнемъ способѣ веденія войны и теперешнихъ способахъ передвиженія на первомъ мѣстѣ стоитъ эвакуаціонная система,—развѣ съ небольшимъ уклоненіемъ въ пользу тяжело-раненыхъ и

больныхъ, которыхъ даже въ случаѣ отступленія слѣдуетъ оставлять подъ защитой женевской конвенціи» (стр. 124). Далѣе авторъ заявляетъ, что «система леченія на мѣстѣ отжила свой вѣкъ» (стр. 143). «Учрежденія системы леченія на мѣстѣ являются послѣдствіемъ рутины и незнакомства съ исторіей развитія полевыхъ санитарныхъ учрежденій» (стр. 144).

Книга П. П. Потираловскаго не есть плодъ теоретическихъ соображеній. Наоборотъ, самъ авторъ возстаетъ противъ «теоретическихъ, чисто кабинетныхъ (неполевыхъ), выводовъ хирурговъ».

Совершенно ясно, что Потираловскій представляетъ собой сторонника преимущественнаго значенія эвакуаціи, подчиняя послѣдней вопросы леченія. Въ своихъ взглядахъ авторъ не одинокъ. Мнѣ приходилось встрѣчаться съ рядомъ лицъ на различныхъ фронтахъ, какъ съ врачами, такъ и съ офицерами, несущими санитарную службу, которые въ переживаемую войну проводили систему эвакуаціи, придерживаясь того взгляда, что эвакуація представляетъ собой операцію совершенно самостоятельную, ничего общаго съ леченіемъ не имѣющую и не долженствующую имѣть, что эвакуація есть операція первенствующаго значенія, подчиняющая себѣ вопросы леченія.

Увлеченіе (вѣрнѣе говоря, убѣжденіе въ, такъ сказать, святости эвакуаціи по сравненію съ задачами леченія) переходитъ иногда границы мною понимаемаго. Я совершенно не могу понять одного врача, завѣдывавшаго выдвинутымъ впередъ отдѣленіемъ эвакуаціоннаго пункта, когда онъ убѣждалъ меня, что отдѣленіе эвакуаціоннаго пункта не есть лечебное учрежденіе. Я держусь какъ разъ обратнаго мнѣнія. Я не могъ и не могу понять смысла «системы эвакуаціи», когда эвакуируютъ массу раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи и помощи неотложной по поводу, напр., обширныхъ нагноеній, и эвакуируютъ, не подавъ соотвѣтствующей помощи. Я помню одинъ головной эвакуаціонный пунктъ, на которомъ «система эвакуаціи» была доведена до такого совершенства, что было чуть не запрещено подавать оперативную помощь нуждающимся въ ней тяжелымъ раненымъ.

Противъ такой постановки дѣла, противъ такого пониманія вещей, освѣщаемаго научнымъ путемъ, я протестовалъ и буду протестовать. Если я такую постановку дѣла считаю недопустимой по отношенію къ каждому отдѣльному раненому съ гуманной точки зрѣнія, то я считаю ее недопустимой и съ государственной точки зрѣнія, ибо такая «система эвакуаціи» слишкомъ дорого обходится государству, унося много раненыхъ на тотъ свѣтъ и преувеличивая калѣчество.

Какъ выше было приведено, Потираловскій дѣлаетъ нѣкоторую уступку въ «системѣ эвакуаціи», оставляя на мѣстѣ тяжелораненыхъ. Понятно, въ первую очередь не подлежатъ эвакуаціи безнадежные, умирающіе (ихъ, очевидно, имѣетъ въ виду авторъ). Но далѣе не подлежатъ эвакуаціи тяжелораненые. Если, напр., считать, что раненые въ полость живота не подлежатъ оперативному леченію, то ужъ, во всякомъ случаѣ, они не подлежатъ эвакуаціи. Рядомъ съ ними не подлежатъ эвакуаціи въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго срока раненые съ проникающими ранами грудной клѣтки, съ поврежденіями черепной полости, оперированы ли они или нѣтъ. Не подлежатъ эвакуаціи въ теченіе по крайней мѣрѣ первыхъ 10 дней послѣ операціи ампутированные. Не подлежатъ эвакуаціи оперированные по поводу наиболѣе тяжелыхъ поврежденій костной системы, какъ-то: съ резекціями тазобедреннаго сустава, съ debridement переломовъ бедренной кости. Наконецъ, не подлежатъ эвакуаціи наиболѣе тяжелые изъ оперированныхъ по поводу раненій другихъ анатомическихъ областей. Всѣ подобные раненые не подлежатъ эвакуаціи въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, измѣряемаго нѣсколькими днями и нѣсколькими недѣлями.

Но это еще не все. Часть раненыхъ, нуждающихся въ оперативныхъ пособіяхъ, не подлежитъ немедленной эвакуаціи, иными словами, часть раненыхъ можетъ быть эвакуирована не немедленно послѣ раненія, а по прошествіи одного-двухъ дней. Количество такихъ раненыхъ довольно велико.

Слѣдовательно, преимущественное, исключительное положеніе эвакуаціи не выдерживаетъ критики при первыхъ прикосно-

веніяхъ-съ серьезными задачами хирургическихъ пособій и леченій.

Мнѣ приходилось слышать такія разсужденія: операція раненому. напр., въ лазаретѣ дивизіи не дѣлается, ибо, по мнѣнію врача, для раненыхъ выгоднѣе быть оперированными въ болѣе подходящей обстановкѣ. Подъ «болѣе подходящей обстановкой», очевидно, понимается обстановка госпиталя. образца мирнаго времени. На пути слѣдованія раненый можетъ сравнительно долго не встрѣтить такой обстановки; каждое болѣе передовое лечебное заведеніе можетъ считать, что обстановка каждаго ближайшаго тыла болѣе подходяща для поданія оперативнаго пособія. Пройдетъ рядъ дней и вмѣстѣ съ нимъ пройдетъ наиболѣе благопріятное для оказанія раненому оперативнаго пособія время, наиболѣе благопріятное въ смыслѣ достиженія излеченія съ наименьшимъ изъяномъ въ организмѣ.

Если теперь спросить себя, да неужели для оказанія оперативныхъ пособій раненымъ необходима обстановка госпиталя мирнаго времени, то лично я отвѣчаю: «нѣтъ, въ такой обстановкѣ нѣтъ нужды». На мой личный взглядъ, прогрессъ хирургіи послѣднихъ десятилѣтій заключается именно въ томъ, что, познавъ многое, хирургія въ состояніи приспособляться для оказанія оперативной, т. е. наиболѣе сложной, помощи къ разнообразной окружающей обстановкѣ. Достиженіе хирургической чистоты возможно въ чрезвычайно разнообразныхъ условіяхъ: операціонно-перевязочную можно развернуть (и развернуть съ хирургической точки зрѣнія правильно) въ шатрѣ, баракѣ, въ частномъ домѣ, въ залѣ жел.-дор. вокзала, въ казармѣ,—почти въ любомъ помѣщеніи; лѣтомъ въ ясную погоду можно развернуть операціонную даже подъ открытымъ небомъ, лишь бы уберечься отъ пыли.

На основаніи всего изложеннаго я не могу согласиться, чтобы считать «систему эвакуаціи» основной и единственно правильной задачей организаціи хирургической помощи раненымъ. И это тѣмъ болѣе, что современное состояніе науки позволяетъ намъ не бояться скученія раненыхъ, чего такъ боялся Н. И. Пироговъ. Наоборотъ, обсуждая современную

организацію хирургической помощи, обсуждая ее по отношенію къ различнымъ лечебнымъ поясамъ дѣйствующей арміи,— нельзя не видѣть, что именно скученіе раненыхъ, соединеніе ихъ въ большихъ госпиталяхъ, соединеніе по различнымъ категоріямъ въ зависимости отъ той или иной возможности ихъ эвакуаціи, въ зависимости отъ того или иного характера поврежденія, требующаго спеціальныхъ мѣръ леченія, представляетъ собой основу организаціи помощи, безъ которой выйти изъ положенія совершенно невозможно.

Я стоялъ и стою на той точкѣ зрѣнія, что эвакуація раненыхъ изъ дѣйствующей арміи имѣетъ громадное значеніе, но не меньшее значеніе имѣетъ и леченіе раненыхъ. Какъ я не представляю себѣ, при правильномъ веденіи дѣла, леченія безъ эвакуаціи, такъ не представляю себѣ эвакуаціи безъ леченія. Въ правильномъ ихъ взаимоотношеніи я хочу найти ключъ къ разрѣшенію сложнаго вопроса организаціи хирургической помощи во время войны.

Большинство хирурговъ, знакомыхъ съ условіями современнаго боя, говоритъ, что серьезная хирургическая помощь не можетъ подаваться на полковыхъ и вообще передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ. Съ такимъ выводомъ нельзя не согласиться, какъ съ правиломъ, имѣя въ виду возможность исключенія изъ правила. Но, начиная съ перевязочныхъ отрядовъ дивизіи, т. е. съ главныхъ перевязочныхъ пунктовъ, можно ожидать начала серьезной хирургической дѣятельности.

Начинаясь на главныхъ перевязочныхъ пунктахъ, хирургическая дѣятельность можетъ продолжаться въ лазаретахъ дивизій, въ подвижныхъ лазаретахъ краснаго креста, въ полевыхъ подвижныхъ госпиталяхъ и т. д. Параллельно съ хирургическимъ леченіемъ раненыхъ идетъ ихъ эвакуація.

Думаю, что задачей сейчасъ перечисленныхъ лечебныхъ учрежденій является не излеченіе раненыхъ, а подготовка ихъ къ безопасной для ихъ здоровья эвакуаціи. Вѣдь, въ самомъ дѣлѣ, эвакуацію раненыхъ можно вести такъ, что эвакуировать, не принимая во вниманіе полезности пребыванія тѣхъ или иныхъ раненыхъ въ передовыхъ лечебныхъ заведеніяхъ. Наобо-

ротъ, можно вести съ самаго начала эвакуацію такъ, что именно ставить на первомъ мѣстѣ интересы раненаго съ точки зрѣнія нужнаго ему леченія,—иначе говоря, считать подлежащимъ эвакуаціи такого раненаго, которому эвакуація не можетъ повредить, для здоровья котораго эвакуація или безразлична, или даже полезна.

Исходя изъ этихъ соображеній, сразу можно будетъ придти къ заключенію, что эвакуація различныхъ категорій раненыхъ должна производиться на различное разстояніе отъ линіи боя. Тѣ раненые, которые нуждаются въ скорѣйшемъ производствѣ операцій, направляются въ наиболѣе близко-расположенныя хирургическія учрежденія. Раненые, не требующіе оперативной помощи, въ зависимости отъ характера раненія, эвакуируются то въ болѣе близкія, то въ болѣе дальнія лечебныя заведенія.

Однимъ словомъ, оказывается необходимымъ тѣснѣйшимъ образомъ связать эвакуацію съ леченіемъ, считать ихъ слагаемыми одного цѣлаго. Связавъ эвакуацію съ леченіемъ, можно будетъ сказать такъ: «раненый получаетъ такое хирургическое пособіе, тогда и тамъ, гдѣ и когда въ таковомъ пособіи обнаружена надобность. Раненый эвакуируется на такое разстояніе отъ линіи боя, какое наиболѣе выгодно для его здоровья».

Леченіе раненыхъ, связанное съ эвакуаціей, я назвалъ «этапнымъ леченіемъ». Сдѣланнаго названія я продолжаю держаться. Оно, кажется мнѣ, въ самомъ дѣлѣ даетъ понятіе о принципахъ организаціи хирургической помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій. Этапное леченіе идетъ навстрѣчу арміи, эвакуируя раненыхъ; оно заботится о раненыхъ, спасая и сохраняя все, что можетъ быть спасено и сохранено, утоляя въ предѣлахъ возможнаго и безопаснаго «тоску» раненыхъ по эвакуаціи. А тоска эта такъ часта и такъ естественна среди раненыхъ! Этапное леченіе сглаживаетъ и примиряетъ противоположности: оно отказывается отъ системы леченія всѣхъ раненыхъ на мѣстѣ, какъ невозможной, какъ обременяющей армію, какъ во многихъ случаяхъ вредной для самихъ раненыхъ. Оно, съ другой стороны, парализуетъ вредныя для раненыхъ стороны односто-

ронней системы эвакуаціи и только эвакуаціи. Поэтому думаю, что система этапнаго леченія заслуживаетъ серьезнаго къ себѣ отношенія и подробной разработки.

Конечная цѣль всѣхъ лечебныхъ заведеній, какъ армейскихъ, такъ и фронтовыхъ и глубоко-тыловыхъ, занимающихся леченіемъ раненыхъ, одна и та же—излечить раненыхъ. Такъ какъ раненые естественно распадаются на категоріи, такъ какъ различныя категоріи требуютъ къ себѣ различнаго хирургическаго отношенія, то и цѣль достигается различно. Нѣкоторые раненые, преимущественно наиболѣе легкіе, излечиваются иногда въ наиболѣе передовыхъ лечебныхъ учрежденіяхъ, напр., лазаретахъ дивизій. Передвиженіе этихъ раненыхъ по направленію къ тылу—минимальное.

Другіе раненые, раненые съ болѣе серьезными поврежденіями, подвергаясь этапному леченію, постепенно передвигаются все глубже и глубже въ тылъ, доходя до глубоко-тыловыхъ учрежденій. Передвиженіе раненыхъ различныхъ категорій не можетъ происходить шаблонно; наоборотъ, въ стремленіи достичь тыловыхъ госпиталей для долечиванія, нѣкоторыя категоріи раненыхъ быстро проходятъ всю эвакуаціонную линію, нѣкоторыя проходятъ ее медленно, какъ бы толчкообразно, задерживаясь для леченія на нѣкоторыхъ этапахъ хирургической помощи.

Чтобы пояснить говоримое, остановлюсь на конкретныхъ примѣрахъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что для нѣкоторыхъ категорій раненыхъ выгодно какъ можно скорѣе попасть въ глубоко-тыловые госпитали. Одинъ-два-три дня эвакуаціи для такихъ раненыхъ вреда не принесутъ. Пребываніе же такихъ раненыхъ въ глубоко-тыловыхъ учрежденіяхъ даетъ возможность, разгружая болѣе передовыя хирургическія лечебныя учрежденія для болѣе нуждающихся, предоставить имъ въ тылу все необходимое. Въ этомъ отношеніи прежде всего остановлюсь на полныхъ и частичныхъ нарушеніяхъ цѣлости периферической нервной системы. Во многихъ случаяхъ, для того, чтобы выяснить, что нервъ дѣйствительно перебитъ, требуется нѣкоторое болѣе или менѣе длительное наблюденіе. Оперативное пособіе по поводу даже полнаго нарушенія непрерывности

периферическаго нерва, напр., пулей, на мой взглядъ, не слѣдуетъ подавать немедленно послѣ раненія. Нѣсколько дней выжиданія едва ли не окажутся въ интересахъ раненаго. Частичное нарушеніе цѣлости нервныхъ стволовъ требуетъ еще большаго выжиданія; слѣдовательно такимъ раненымъ рѣшительно нѣтъ причинъ оставаться въ передовыхъ лечебныхъ заведеніяхъ.

Раненія суставовъ ружейными пулями на благопріятныхъ дистанціяхъ, съ дырчатыми переломами эпифизовъ или совсѣмъ безъ поврежденія костей, какъ бываетъ съ колѣннымъ суставомъ, не требуютъ ничего иного, какъ наложенія иммобилизирующей повязки и эвакуаціи въ глубокій тылъ. Со времени русско-турецкой кампаніи послѣ извѣстной статьи Э. Бергманна нужно считать доказаннымъ, что такія поврежденія суставовъ излечиваются въ большинствѣ случаевъ безо всякихъ оперативныхъ вмѣшательствъ. Конечно, въ нѣкоторомъ рядѣ случаевъ подобныхъ поврежденій можетъ наступить инфекція сустава. Однако и при такой возможности оставленіе подобныхъ раненыхъ въ передовыхъ лечебныхъ заведеніяхъ, по мой взглядъ, не имѣетъ за собой доводовъ, такъ какъ для выясненія развитія инфекціи требуется обычно не менѣе 2-3 дней. За эти дни раненый будетъ доставленъ въ тыловыя учрежденія, гдѣ при признакахъ развивающейся инфекціи и могутъ быть приняты соотвѣтствующія мѣропріятія.

Слѣдующей категоріей подлежащихъ немедленной эвакуаціи (конечно, при правильной иммобилизаціи) нужно считать переломы трубчатыхъ костей отъ ружейныхъ пуль (не взрывчатыхъ и разрывныхъ) на благопріятной дистанціи. Вопросъ о зараженіи такихъ переломовъ не можетъ быть рѣшенъ категорически въ положительномъ смыслѣ, почему первичное оперативное вмѣшательство оказывается противопоказаннымъ, а наоборотъ показано скорѣйшее переправленіе подобныхъ раненыхъ въ тыловыя учрежденія. Сюда же нужно отнести большинство глухихъ раненій пулями, застрявшихъ ли пули въ костяхъ, или мягкихъ частяхъ; сюда же относятся глухія раны небольшими осколками артиллерійскихъ снарядовъ, при чемъ входное отверстіе не носитъ характера рванаго. Какъ разъ небольшіе

осколки—даже осколки средняго размѣра (сант. 1-2-3 въ поперечникѣ)—въ большинствѣ случаевъ и не даютъ рваныхъ отверстій, не даютъ большихъ размозженій мышцъ, не даютъ большихъ гематомъ въ тканяхъ, благодаря чему или вживаютъ въ организмѣ, или вызываютъ умѣренныя явленія инфекціи раны, при чемъ съ послѣднимп можно свободно считаться уже въ тыловыхъ лечебныхъ учрежденіяхъ.

Трудно, конечно, перечислить всѣ ранепія, подлежащія въ интересахъ раненыхъ и арміи немедленной эвакуаціи въ глубокій тылъ. Изъ наиболѣе серьезныхъ поврежденій, сюда относящихся, мнѣ кажется, слѣдуетъ упомянуть о слѣдующихъ: глухія или сквозныя раненія пулей или небольшими осколками артиллерійскихъ снарядовъ мягкихъ частей при раненіи крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, при умѣренныхъ пульсирующихъ гематомахъ; глухія или сквозныя пулей или мелкимъ осколкомъ артиллерійскаго снаряда раненія позвоночника, при явленіяхъ нарушенія цѣлости спинного мозга или безъ таковыхъ явленій. Думаю, что въ обоихъ случаяхъ раненые только выиграютъ отъ эвакуаціи въ тылъ, ибо въ первомъ случаѣ до момента оперативнаго пособія нужно сравнительно длительное выжиданіе, во второмъ—показано или не показано будетъ оперативное леченіе—пребываніе раненыхъ въ госпиталяхъ со спеціальнымъ оборудованіемъ для ухода за ними будетъ только выгодно.

Если прибавить сюда сквозныя или глухія раненія мышцъ безъ образованія рваныхъ ранъ, но съ умѣренными кровоизліяніями, требующими сравнительно длительнаго леченія, то перечень раненій, подлежащихъ эвакуаціи въ глубокій тылъ не для долечиванія, а даже для леченія чуть не съ первыхъ дней послѣ раненій, окажется довольно большимъ.

Какъ разъ противоположность сдѣланному перечню составляютъ тѣ раненія, кои требуютъ неотложной (съ разобранныхъ въ I-ой главѣ точекъ зрѣнія) оперативной помощи; кромѣ того,—кои требуютъ оставленія раненыхъ въ наиболѣе передовыхъ лечебныхъ заведеніяхъ. Сюда прежде всего отношу раненія брюшной полости. Подается ли имъ оперативная помощь, или

нѣтъ, въ первомъ случаѣ ихъ необходимо выдерживать въ передовыхъ лечебныхъ учрежденіяхъ до того момента, когда рана програнулируетъ, во второмъ—до полнаго исчезанія симптомовъ раздраженія брюшины. Въ эту группу относятся раненія грудной полости, будь они глухія или сквозныя, идущія съ раненіемъ легкаго. Что дѣйствительно эвакуація подобныхъ раненыхъ представляется достаточно опасной, говорятъ слѣдующія данныя: въ одномъ изъ санитарныхъ поѣздовъ за большой періодъ его рейсовъ умерло въ пути всего 64 раненыхъ; изъ нихъ 18 человѣкъ, т. е. 26% умершихъ, приходится на раненыхъ въ грудную клѣтку.

Раненые въ полость живота, раненые въ полость грудной клѣтки такимъ образомъ оказываются тѣми, кто подлежитъ наименьшей эвакуаціи; для нихъ именно первоначальный путь эвакуаціи долженъ быть наивозможно короткимъ. Въ ближайшихъ хирургическихъ учрежденіяхъ они должны получать то или иное пособіе и здѣсь оставаться до прекращенія угрожающихъ признаковъ.

Мнѣ кажется, что даже раненые съ поврежденіемъ черепа и мозга не могутъ считаться столь чувствительными по отношенію къ эвакуаціи, какъ только что упомянутые раненые. Мнѣ думается, что черепные раненые могутъ быть эвакуированы на бо́льшее отдаленіе отъ линіи боя, могутъ быть эвакуированы, напр., въ полевые подвижные госпитали, гдѣ и получатъ надлежащее пособіе. Кромѣ того, они могутъ получить пособіе въ перевязочномъ отрядѣ, а затѣмъ изъ него немедленно быть эвакуированными или въ полев. подв. госпитали арміи, или въ лечебныя учрежденія головн. эвак. пункта, разъ послѣдній оказывается выдвинутымъ въ уровень съ армейскими учрежденіями. Касательно раненій черепа я бы сказалъ только слѣдующее. Допустимъ, я правъ,—они могутъ быть эвакуированы въ полев. подв. госпитали, даже далѣе послѣднихъ. Но мнѣ думается, что эвакуація ихъ возможна только въ теченіе первыхъ 24 часовъ послѣ раненія, когда еще не начались реактивныя явленія въ ранѣ. Какъ только это наступаетъ, т. е. приблизительно по прошествіи полусутокъ или сутокъ послѣ

ранения, такъ черепныхъ раненыхъ оказывается уже невозможнымъ сдвигать съ мѣста, ибо теперь дальнѣйшая ихъ эвакуація становится опасной: сотрясенія отъ эвакуаціи теперь начинаютъ грозить опасностью развитія менингита въ виду разрушенія рыхлыхъ спаекъ между оболочками мозга.

Получается въ концѣ концовъ нѣчто своеобразное. Раненыхъ въ полость живота не слѣдуетъ подвергать въ самое первое время эвакуаціи; въ крайнемъ случаѣ, въ интересахъ подачи имъ помощи, допустимо эвакуировать ихъ на возможно короткія разстоянія. Раненыхъ въ полость черепа можно эвакуировать дальше, но зато послѣ первоначальной эвакуаціи ихъ приходится выдерживать до развитія грануляцій въ ранѣ, до исчезанія выпаденій или выпячиваній мозга, т. е. въ среднемъ не менѣе 2—3 недѣль послѣ ранения и послѣ операціи.

Послѣ перечисленныхъ сейчасъ ранений остается еще очень большое количество ранений, требующихъ оперативной помощи, могущихъ быть сразу эвакуированными на разстояніе 5—6 часовъ и различно относящихся къ послѣдующей эвакуаціи. Сюда принадлежатъ раздробленные переломы конечностей, открытые внутрисуставные переломы, ранения суставовъ большими осколками артиллерійскихъ снарядовъ, рваныя раны мышцъ осколками снарядовъ, разрывными пулями.

Мнѣ думается, что большинство этихъ раненыхъ нуждается въ подачѣ имъ оперативной помощи, затѣмъ въ примѣненіи правильной иммобилизаціи, въ теченіе первыхъ-же 5-6 (въ крайнемъ случаѣ—12) часовъ послѣ ранения. Когда оперативная помощь подана, то многіе изъ этихъ раненыхъ могутъ быть немедленно эвакуируемы далѣе въ тылъ. Думаю я это на слѣдующемъ основаніи. Если произведена правильно первичная операція, то послѣ нея вопросъ о возможномъ осложненіи инфекціоннаго характера рѣшается въ теченіе первыхъ двухъ-трехъ дней. Если за этотъ періодъ времени раненый можетъ доѣхать до тыловыхъ учрежденій, то нѣтъ крайности его оставлять въ передовыхъ лечебныхъ учрежденіяхъ. Слѣдовательно, въ случаѣ наплыва раненыхъ, такой планъ подачи помощи можетъ быть осуществленъ. Исключеніе изъ эвакуируемыхъ

представляютъ раненые съ перевязкой крупныхъ сосудовъ и раненые, подвергнутые ампутаціямъ,—и это вслѣдствіе опасности возникновенія и въ тѣхъ и въ другихъ случаяхъ эмболіи легочной артеріи отъ отрыванія тромба изъ вены подъ вліяніемъ сотрясеній во время эвакуаціи. Факты показываютъ, что во время эвакуаціи нѣкоторые свѣжеампутированные внезапно погибаютъ, и нужно думать, что погибаютъ именно отъ эмболіи легочной артеріи.

Далѣе не подлежатъ эвакуаціи раненые, въ ранахъ которыхъ началась инфекція. Сюда особенно принадлежатъ раненые съ рваными и особо жестокими газовыми гангренами, съ септическими флегмонами. Факты показываютъ, что инфекція при размозженіяхъ тканей иногда развивается въ ранѣ по прошествіи всего нѣсколькихъ часовъ послѣ ранепія. Само собой разумѣется, въ интересахъ раненаго, разъ инфекція существуетъ, разъ подано хирургическое пособіе, переждать до возможнаго куппированія осложненія и затѣмъ уже ѣхать дальше въ тылъ.

Конечно, можно подойти къ рѣшенію вопроса о разсматриваемыхъ раненыхъ съ иной точки зрѣнія. Возможно признать, что всѣ раненые, подвергнутые оперативнымъ пособіямъ, подлежатъ оставленію въ лечебныхъ учрежденіяхъ до выясненія вопроса объ осложненіяхъ, и эвакуируются тѣ, у кого осложненій не слѣдуетъ. Боюсь, что такое разрѣшеніе вопроса будетъ невыгодно для раненыхъ: разъ началось осложненіе въ ранѣ, то, на мой взглядъ, раненаго не слѣдуетъ эвакуировать до тѣхъ поръ, пока такъ или иначе осложненіе не будетъ подавлено. Противъ такой постановки дѣла раненые сами протестуютъ изъ-за «тоски по эвакуаціи», вполнѣ понятной, вполнѣ, такъ сказать, законной. Такой постановкѣ дѣла можетъ мѣшать необходимость освободить госпитали.

Поэтому я и думаю, что наилучшимъ способомъ явится эвакуація большинства до развитія осложненій, чтобы въ моментъ возможнаго развитія осложненія раненый могъ очутиться или въ глубокомъ тылу, или гдѣ-либо по дорогѣ въ глубокій тылъ, но, конечно, въ условіяхъ хирургической обстановки, гдѣ бы

онъ могъ спокойно продѣлывать свое осложненіе, не рискуя его ухудшить эвакуаціей въ моментъ расцвѣта осложненія.

Такимъ образомъ, мнѣ думается, что большинство раненыхъ, получающихъ оперативную помощь, можетъ быть эвакуируемо дальше. Остаются на мѣстѣ наиболѣе тяжелые и слабые и тѣ категоріи, о которыхъ только что шла рѣчь.

Думаю, что такое отношеніе къ дѣлу выгоднѣе, чѣмъ эвакуація подобныхъ же раненыхъ, но безъ поданія имъ своевременной первичной оперативной помощи.

Мнѣ, напр., не разъ приходилось слышать, что раненія колѣннаго сустава осколкомъ артиллерійскаго снаряда, въ видѣ правила, кончаются или смертью раненаго, или ампутаціей конечности. Кончаются, какъ смѣю думать, потому, что оказывается пропущеннымъ время наиболѣе раціональной оперативной помощи: въ колѣнномъ суставѣ развивается тяжелый гнойный процессъ. При раннемъ вмѣшательствѣ наоборотъ большинство раненыхъ, эвакуируемыхъ сейчасъ же послѣ вмѣшательства, доходитъ до тыловыхъ учрежденій въ тотъ срокъ, по прошествіи котораго полагается произвести полную перевязку. Раненый ничего не проигрываетъ. На большое количество вмѣшательствъ по поводу раненій колѣннаго сустава мнѣ удалось видѣть нѣкоторыхъ раненыхъ уже въ тылу, въ Петроградѣ. Большинство изъ нихъ сохранило свои конечности, сохранило въ извѣстныхъ предѣлахъ функцію сустава. Я видѣлъ одного, у котораго въ тылу сдѣлали ампутацію бедра, хотя раненый былъ подвергнутъ моей первичному вмѣшательству. Долженъ замѣтить, что у этого раненаго сейчасъ же послѣ вмѣшательства имѣлись признаки тяжелаго зараженія колѣннаго сустава. Я не оспариваю факта, что, несмотря на раннее вмѣшательство, часть раненыхъ впослѣдствіи подвергнется или полнымъ резекціямъ суставовъ, или даже ампутаціямъ конечностей, но это будутъ исключенія.

То же самое долженъ сказать о первичныхъ debridement оскольчатыхъ переломовъ. Мнѣ приходилось эвакуировать раненыхъ послѣ первичнаго debridement на вторыя-третьи сутки послѣ операціи съ нормальной температурой. Нѣкоторыхъ изъ

этихъ раненыхъ я видѣлъ въ Петроградѣ въ прекрасномъ состояніи. Если даже первичное вмѣшательство въ большинствѣ случаевъ не предотвращаетъ зараженія, тѣмъ не менѣе оно ставитъ рану въ условія болѣе благопріятнаго теченія, и въ цѣломъ рядѣ случаевъ предотвращаетъ гангрену.

Изъ всего вышеизложеннаго видно, что этапное леченіе въ основѣ своей старается разобраться въ раненіяхъ, старается создать болѣе или менѣе стройную систему отношеній къ различнымъ категоріямъ раненыхъ, по отношенію къ разнымъ изъ нихъ стремится различно связать вопросы леченія съ вопросами эвакуаціи. Мнѣ кажется, что этапное леченіе не представляетъ вопросовъ неразрѣшимыхъ. Наоборотъ мнѣ думается, что все совершающееся представляетъ собой уже существующее этапное леченіе. Остается его, такъ сказать, отшлифовать, хорошенько къ нему присмотрѣться и нѣсколько внимательнѣе проводить его въ жизнь.

Въ концѣ концовъ, изъ громаднаго подчасъ количества раненыхъ неподлежащимъ эвакуаціи изъ района арміи оказывается сравнительно ограниченный контингентъ—раненые въ полости живота, груди, черепа и наиболѣе тяжелые изъ всѣхъ остальныхъ. Если вспомнить приведенныя мною въ первой главѣ цифры, по которымъ раненыхъ всѣхъ первыхъ трехъ перечисленныхъ категорій приходится 110 на 1000, то нельзя не придти къ заключенію, что армія можетъ найти пріютъ имъ, можетъ обезпечить ихъ леченіемъ (и то—временнымъ), ибо они черезъ нѣкоторый промежутокъ времени также подлежатъ эвакуаціи. Задача еще легче разрѣшается, когда на помощь армейскимъ учрежденіямъ оказываются выдвинутыми въ районъ расположенія армейскихъ учрежденій учрежденія головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ.

Въ первой главѣ я привелъ раздѣленіе хирургіи на три пояса. При изложеніи этапнаго леченія, какъ видно, пока мною были приняты во вниманіе только два пояса: передовой и тыловой. Я уже говорилъ въ первой главѣ, что короткость эвакуаціонныхъ линій можетъ служить причиной сліянія промежуточнаго пояса съ тыловымъ. Наиболѣе тяжкіе раненые съ

быстро развивающимися инфекціями при короткихъ эвакуаціонныхъ линіяхъ остаются въ передовомъ поясѣ. Такимъ образомъ, промежуточный поясъ какъ бы распредѣляется между передовымъ и тыловымъ. При изложеніи я все время обращалъ вниманіе на то, что эвакуаціонная линія измѣряется двумя—самое большее тремя—днями. Такія эвакуаціонныя линіи бываютъ, и ихъ нужно принять во вниманіе. Но рядомъ съ ними встрѣчаются линіи, передвиженіе по которымъ продолжается въ теченіе 4-5-6 дней и болѣе. Вотъ тутъ-то и сказывается значеніе промежуточнаго пояса для этаннаго леченія.

Въ самомъ дѣлѣ, если оперативная помощь подана ряду раненыхъ, если эти раненые послѣ полученія оперативныхъ пособій эвакуируются, то они не могутъ быть эвакуируемы въ теченіе недѣли времени. Очевидно, что при такихъ условіяхъ возможныя осложненія въ теченіи ранъ будутъ часто пріобрѣтать нежелательные размѣры. Очевидно, что осложненія должны обращать на. себя вниманіе въ менѣе продолжительный промежутокъ времени, чѣмъ 5-7 дней.

Очевидно, слѣдовательно, что для раненыхъ, раны которыхъ осложняются инфекціей, долженъ наступить перерывъ въ эвакуаціи. Начало перерыва совпадаетъ съ тѣмъ временемъ, послѣ котораго осложненія начинаютъ проявляться, т. е. черезъ 2-3 сутокъ послѣ оперативнаго вмѣшательства. Такимъ образомъ, въ интересахъ раненыхъ и создается промежуточный поясъ хирургіи, поясъ борьбы съ инфекціонными заболѣваніями ранъ, поясъ, отстоящій отъ передового на разстояніи 2-3 дней эвакуаціи.

Если принять во вниманіе скорость движенія санитарныхъ поѣздовъ, пропускную способность жел.-дор. линіи, по которой идетъ эвакуація, если принять во вниманіе возможную забитость линіи жел. дороги, то, конечно, можно разсчитать, въ какомъ приблизительно мѣстѣ требуется организація промежуточнаго хирургическаго пояса.

Само собой разумѣется, съ цѣлью организаціи промежуточнаго пояса приходится принимать во вниманіе не только одно голое время эвакуаціи, но и другія обстоятельства, какъ

мѣстоположеніе и т. д. Мое дѣло указать на значеніе времени эвакуаціи съ точки зрѣнія этапнаго леченія и, значитъ, съ точки зрѣнія интересовъ раненыхъ.

При тѣхъ условіяхъ, когда передовой хирургическій поясъ не функціонируетъ съ должной точностью, когда оперативная дѣятельность передового пояса оказывается стоящей ниже желаемаго уровня, промежуточный поясъ оказывается особенно многозначащимъ, т. к. количество осложненій (преимущественно нагноеній въ ранахъ) необыкновенно возрастаетъ. Такихъ потоковъ гноя, какіе мнѣ приходилось видѣть въ промежуточныхъ поясахъ при недостаточной оперативной дѣятельности передового пояса, я до войны не могъ себѣ представить; я до войны рѣдко видалъ въ буквальномъ смыслѣ слова фонтаны гноя, вытекающіе изъ ранъ. Этихъ потоковъ гноя мнѣ пришлось видѣть очень много, и именно изъ ранъ, кои подлежали первичному оперативному вмѣшательству, но не были своевременно подвергнуты ему. Думаю, что раненые съ обильными нагноеніями, сильно лихорадящіе, получая хирургическую помощь, должны оставаться въ лечебныхъ заведеніяхъ промежуточнаго пояса вплоть до купированія процесса. Эвакуація высоко лихорадящихъ раненыхъ, съ гнойными затеками, съ флегмонами, находящимися въ стадіи расцвѣта, на мой взглядъ,—недопустима, ибо приноситъ несомнѣнный вредъ раненымъ. Какъ я говорилъ въ первой главѣ, такъ готовъ повторить и здѣсь, что раненые съ осложненіями переправляются въ тылъ, но разъ имѣется выраженный промежуточный поясъ, то эвакуируются въ тылъ для долеченія.

Если теперь обратиться къ значенію промежуточнаго пояса для этапнаго леченія, то само собой станетъ понятно, что чѣмъ правильнѣе организована работа въ передовомъ лечебномъ поясѣ, тѣмъ промежуточный поясъ становится имѣющимъ меньшее значеніе, особенно съ количественной стороны скопляющихся на немъ раненыхъ. Но, несмотря даже на образцовую постановку передовой хирургіи, промежуточный поясъ не можетъ утратить своего значенія, разъ налицо длинныя эвакуаціонныя линіи, ибо осложненія въ теченіи ранъ неми-

нуемо должны быть. За это порукой тѣ рваныя и загрязненныя раны, съ которыми въ настоящую войну приходится имѣть дѣло.

III. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.

«Подъ санитарной тактикой, говоритъ П. П. Потираловскій, я буду понимать науку объ управленіи, т. е. маневрированіи всѣми санитарными учрежденіями на войнѣ». Подъ тактикой понимается, какъ извѣстно, ученіе о веденіи боя; слѣдовательно подъ санитарной тактикой нужно понимать ученіе о веденіи боя съ санитарной точки зрѣнія. П. П. Потираловскій самъ указываетъ, что его понятіе санитарной тактики шире общепринятаго, что въ отличіе отъ понятія санитарной тактики имѣется понятіе о санитарной стратегіи. Потираловскій лишь для удобства соединяетъ оба понятія во-едино. Думаю, что удобства такимъ сліяніемъ понятій не достигается. Думаю, что, какъ санитарная стратегія, такъ и санитарная тактика представляютъ собой настолько раздѣльныя части, что ихъ нужно разсматривать раздѣльно. Понятно, что раздѣленіе хирургіи во время войны на три пояса, ученіе объ этапномъ леченіи входятъ, въ сущности, въ санитарную стратегію. Я не пользовался этимъ терминомъ до сихъ поръ только потому, что въ понятіе о санитарной стратегіи входитъ большое количество и такихъ вопросовъ, которыхъ я касаться совсѣмъ не буду. Зато санитарной тактикѣ считаю нужнымъ посвятить особую главу.

Въ сущности, во время боя въ районѣ войсковыхъ частей, ведущихъ сраженіе, санитаріи приходится имѣть дѣло почти исключительно съ раненымп. Какъ извѣстно, во время боя по ряду причинъ количество больныхъ рѣзко уменьшается. Во время боя выступаетъ на сцену преимущественное значеніе хирургіи, почему я и получаю право говорить о «хирургической тактикѣ».

Задача хирургической тактики сводится къ тому, чтобы всѣмъ раненымъ подать своевременную необходимую имъ помощь и подготовить раненыхъ къ безопасной для нихъ эва-

куаціи. Отсюда слѣдуетъ, что хирургическая тактика требуетъ эвакуаціи всѣхъ раненыхъ въ сравнительно безопасное мѣсто; это—во-первыхъ; во-вторыхъ—требуетъ подготовки раненыхъ къ эвакуаціи, подготовки, въ зависимости отъ характера поврежденій, или немедленной, или съ нѣкоторымъ промежуткомъ времени, т. е. подготовки постепенной; наконецъ требуетъ, въ зависимости отъ характера раненій, эвакуаціи раненыхъ на различныя разстоянія отъ линіи боя. Однимъ словомъ, въ задачу хирургической тактики входитъ разрѣшеніе первыхъ вопросовъ общаго этаннаго леченія. Вотъ какимъ образомъ я понимаю задачу хирургической тактики. Вопросъ въ существенной своей части сводится къ осуществленію тѣхъ задачъ, кои сейчасъ намѣчены.

Какъ поставить помощь раненымъ въ районѣ протекающаго боя такъ, чтобы никто изъ раненыхъ, дошедшихъ до передовыхъ перев. пунктовъ, не пострадалъ болѣе того, чѣмъ онъ уже пострадалъ, чтобы всякій раненый получилъ соотвѣтствующую его ранепію хирургическую помощь, чтобы каждый раненый черезъ тотъ или иной срокъ былъ эвакупированъ не только безъ вреда, но и съ пользой для своего здоровья? Если можно было бы разрѣшить эти вопросы идеально въ связи съ каждымъ отдѣльнымъ боемъ, то были бы разрѣшены частныя тактическія задачи.

Если объѣхать фронтъ стоящей на позиціи вполнѣ сформированной арміи, если посмотрѣть на карту расположенія санитарныхъ организацій данной арміи, если обратиться къ спеціальному разсмотрѣнію организацій, несущихъ хирургическую работу, то, по правдѣ сказать, въ общемъ останешься удовлетворепнымъ. Встрѣчаются, конечно, тѣ или иные болѣе или менѣе мелкіе недостатки, но общее впечатлѣніе—по крайней мѣрѣ для меня—было вполнѣ удовлетворительнымъ. А между тѣмъ начинается бой, особенно большой бой, и вмѣстѣ съ нимъ выступаютъ на сцену недочеты по обслуживанію раненыхъ. Хирургически-тактическія задачи оказываются неразрѣшенными въ желательной мѣрѣ.

Разъ идетъ вопросъ о разрѣшеніи хирургическихъ за-

дачъ, то, естественно, первое, на что слѣдуетъ обратить вниманіе,—это на самихъ хирурговъ. И вотъ оказывается, что во время боя въ большомъ количествѣ случаевъ фактически не хватаетъ хирургическихъ силъ для правильнаго обслуживанія раненыхъ. Если, скажемъ, дивизія за сутки потеряетъ 1000—2000 человѣкъ ранеными, если всѣ эти раненые должны пройти черезъ перев. отрядъ дивизіи, а затѣмъ черезъ первый ея лазаретъ, то даже въ томъ случаѣ, когда во главѣ перев. отряда стоитъ самоотверженно работающій и очень опытный хирургъ, послѣдній съ работой не справится. Первый результатъ—отказъ отъ чревосѣченій, о чемъ я имѣлъ случай уже говорить. Если не справился со своей задачей перев. отрядъ, то не справится и лазаретъ дивизіи, ибо онъ также окажется перегруженнымъ ранеными. Когда (а это бываетъ) второй лазаретъ располагается въ нѣсколькихъ верстахъ отъ перваго по направленію въ тылъ, то и второй лазаретъ не справится съ наплывомъ раненыхъ.

При такой постановкѣ дѣла я предположилъ, что во всѣхъ упомянутыхъ учрежденіяхъ имѣются хирурги. Такъ какъ этого нѣтъ и не можетъ быть, ибо нельзя требовать, чтобы всѣ лечебныя учрежденія имѣли хирурговъ, то вопросъ объ обслуживаніи раненыхъ становится на первый взглядъ неразрѣшимымъ. Правда, на помощь лазаретамъ дивизій приходятъ подвижные лазареты краснаго креста, но и ихъ дѣятельности оказывается недостаточно для правильнаго обслуживанія всѣхъ раненыхъ. Большая или меньшая часть раненыхъ эвакуируется въ промежуточный поясъ, не получивъ правильной хирургической помощи въ передовомъ поясѣ.

Думаю, что современная война до такой степени обильна ранеными, до такой степени нуждается въ хирургическихъ силахъ, что каждую отдѣльную хирургическую силу, каждаго отдѣльнаго хирурга нужно эксплоатировать только для несенія хирургической работы. Это общее положеніе уже обращало на себя вниманіе. На немъ между прочимъ справедливо останавливается и проф. Цеге-фонъ-Мантейфель. Это общее положеніе, несомнѣнно, должно быть учтено при разрѣшеніи хирургическо-тактическихъ задачъ.

Дѣло хирургической тактики прежде всего правильно организовать первичную помощь, т. е. помощь на передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ. Основнымъ передовымъ перевязочнымъ пунктомъ является полковой перевязочный пунктъ: онъ несетъ главную работу по наложенію первичныхъ повязокъ. Не входя въ частности вопроса, о которыхъ я буду говорить въ спеціальной главѣ, позволю себѣ замѣтить, что, въ общемъ, первичная повязка, правильно наложенная, можетъ оставаться на многихъ раненыхъ по крайней мѣрѣ сутки, а то и двое сутокъ. Между тѣмъ съ самаго начала войны всѣми хирургами отмѣчалось, что раненые перевязывались слишкомъ часто, по нѣсколько разъ въ день. Причина для такого отношенія къ дѣлу лежитъ прежде всего въ томъ, что сами раненые любятъ частыя перевязки, видя въ частотѣ смѣны повязки какъ бы благопріятную сторону леченія и не зная, какой вредъ можетъ принести новая неправильно сдѣланная повязка. Вторая причина частыхъ смѣнъ повязокъ въ первое время послѣ раненій заключается въ отсутствіи такой сортировки раненыхъ, благодаря которой можно было бы руководствоваться при рѣшеніи вопроса о необходимости смѣны повязки. Въ самомъ дѣлѣ, если къ Вамъ идетъ большое количество раненыхъ, относительно которыхъ Вы не оріентированы ни въ вопросѣ о правильности наложенной повязки, ни въ вопросѣ о томъ, кто изъ раненыхъ подлежитъ болѣе серьезной хирургической помощи, то рѣшить оба вопроса и нельзя, не смѣнивъ повязки. Обѣ сейчасъ указанныя причины могутъ быть устранены. Первая разъясненіемъ раненымъ безцѣльности и даже вреда частыхъ перевязокъ, вторая—проведеніемъ въ жизнь сортировки раненыхъ съ лечебной точки зрѣнія, о чемъ я буду говорить ниже.

Рядомъ съ указанными сейчасъ причинами однако имѣются и другія, а именно причины чисто тактическаго характера. Не думаю, чтобы можно было оспаривать то положеніе, что среди «перевязочныхъ отрядовъ» существовало (да, пожалуй, и существуетъ) какое-то соревнованіе въ смыслѣ количества произведенныхъ перевязокъ раненымъ. Какъ будто, полезная дѣятельность отряда измѣряется только количествомъ произве-

денныхъ перевязокъ. До извѣстной степени это и такъ, но при условіяхъ: 1) необходимости перевязки, 2) правильности ея производства. Между тѣмъ (на что и указываетъ цѣлый рядъ авторитетовъ—проф. М. И. Ростовцевъ, проф. Цеге-фонъ-Мантейфель, проф. Н. Н. Бурденко и друг.) перевязки дѣлались иногда тогда, когда дѣлать ихъ не нужно, дѣлались иногда неправильно, такъ что раненый вмѣсто помощи получалъ зараженіе раны.

Теперь я перейду къ разсмотрѣнію тактическихъ вопросовъ. Думаю, что для правильнаго производства первичныхъ перевязокъ нѣтъ необходимости въ производствѣ ихъ спеціалистами-хирургами. Основныя правила первичной перевязки—не трогать рану и защитить ее отъ возможности вторичной инфекціи—такъ просты, что эту задачу подъ наблюденіемъ врача, знающаго основныя правила, можетъ смѣло и хорошо выполнять средній медицинскій персоналъ, конечно, обученный и понимающій то, что онъ дѣлаетъ.

Такая задача выпадаетъ на долю полкового. перевязочнаго пункта. Въ рядѣ случаевъ полковой перев. пункъ справляется со своей работой. Онъ не можетъ справиться со своей задачей. насколько я понимаю дѣло, или въ томъ случаѣ, когда наплывъ раненыхъ слишкомъ великъ, или тогда, когда фронтъ полка слишкомъ растянутъ, такъ что часть раненыхъ не дойдетъ до полкового перевязочнаго пункта. Дабы оказать всѣмъ раненымъ должную первичную помощь, въ обоихъ случаяхъ можно сравнительно легко выйти изъ затрудненія: въ первомъ случаѣ усилить полковой перев. пунктъ прикомандированіемъ передового перевязочнаго отряда одной изъ частныхъ организацій; во второмъ случаѣ поручить обезпеченіе одного изъ обоихъ фланговъ, или по соглашенію даже центра, спеціально назначеннымъ для этого перед. перев. отрядамъ частныхъ организацій.

При слишкомъ большомъ наплывѣ раненыхъ можно полковой перед. пунктъ усилить двумя-тремя перед. перев. отрядами, но именно усилить. Это значитъ, что черезъ каждый перед. перев. пунктъ будутъ проходить раненые, не попавшіе предварительно на другіе такіе же перед. перев. пункты. Такимъ

образомъ, на время большого боя выгодно для правильнаго обслуживанія раненыхъ сконлять въ одномъ (или приблизительно одномъ) мѣстѣ рядъ отрядовъ, временно спанвать ихъ и подчинять ихъ единой въ данномъ мѣстѣ волѣ, дабы они всѣ вмѣстѣ производили одну и ту же полезную для раненыхъ работу, работали бы вмѣстѣ, а не распыляли бы свои силы на иногда безполезную работу смѣны повязокъ уже перевязанныхъ раненыхъ.

Нѣчто подобное слѣдуетъ сказать и въ отношеніи перевязочныхъ отрядовъ дивизій, т. е. главныхъ перевязочныхъ пунктовъ. При современной обстановкѣ дѣла, въ чемъ я лично убѣждался, на главный перевязочный пунктъ раненые приходятъ неразсортированными. Сразу возникаетъ вопросъ, кто изъ нихъ нуждается въ помощи главнаго перевязочнаго пункта. Вопросъ этотъ иногда рѣшается при перевязкѣ раненаго, иногда рѣшается на основаніи побочныхъ данныхъ. Такъ, если повязка не промокла, «лежитъ хорошо», то раненый считается не подлежащимъ подачѣ пособія на главномъ перевязочномъ пунктѣ. Развѣ подъ хорошо наложенной, не промокшей повязкой не можетъ скрываться поврежденіе, требующее очень внимательнаго къ себѣ отношенія со стороны главнаго перевязочнаго пункта?

Во всякомъ случаѣ, при небольшомъ количествѣ раненыхъ, перев. отрядъ дивизіи можетъ справиться съ задачей. Правда, въ виду отсутствія спеціальной сортировки, онъ, очевидно, подвергнетъ нѣкоторыхъ раненыхъ лишней перевязкѣ, но такая перевязка, разъ она производится хирургомъ, едва ли повредитъ раненому.

Гораздо хуже складывается дѣло тогда, когда наплывъ раненыхъ великъ. При большихъ сраженіяхъ—этого нельзя упускать изъ вида—часть раненыхъ, приходящихъ на пунктъ, минуетъ передов. перев. пунктъ. У главнаго перев. пункта сразу возникаетъ вторая забота: помимо дѣятельности своей собственной, онъ долженъ заниматься дѣятельностью передов. перев. пункта. Естественно, что главный перев. пунктъ при большомъ наплывѣ раненыхъ не справляется со своей задачей, хирургическая дѣятельность пункта падаетъ, сводится иногда на-нѣтъ.

Подробно о дѣятельности главнаго перев. пункта рѣчь будетъ впереди. Пока замѣчу, съ тактической точки зрѣнія, что на время боя каждый главный перев. отрядъ дивизіи, ведущей бой, слѣдуетъ усиливать прикомандированіемъ перед. перев. отряда одной изъ частныхъ организацій. Именно этотъ передовой отрядъ долженъ брать на себя задачу перевязки раненыхъ, еще не прошедшихъ черезъ передов. перев. пунктъ, онъ долженъ отсортировывать для главнаго пункта раненыхъ, подлежащихъ вниманію послѣдняго.

Чтобы показать, до какой степени такая организація должна считаться правиломъ, позволю себѣ привести пару примѣровъ, не упоминая ни названій отрядовъ, ни мѣстъ ихъ пребыванія.

Въ одной деревнѣ стояло два отряда: перев. отрядъ дивизіи и перед. перев. отрядъ частной организаціи. Въ первомъ не было хирурга. Какъ извѣстно, перев. отрядъ дивизіи снабженъ сравнительно хорошимъ инструментаріемъ. Понятно, что инструментарій безъ хирурга не могъ быть пущенъ въ ходъ. Во второмъ не было инструментарія. Личный составъ перед. перев. отряда состоялъ изъ опытныхъ сестеръ милосердія. Какъ мнѣ говорили, имѣлась возможность на время боя вызвать опытнаго хирурга въ отрядъ. Имѣя въ виду характеръ современныхъ боевъ, я не сомнѣвался, что каждый изъ упомянутыхъ отрядовъ въ отдѣльности при всемъ желаніи не выполнитъ своей задачи правильно. Наоборотъ соединеніе обоихъ отрядовъ, при возможной наличности хирурга, создало бы солидную хирургическую силу, которой удалось бы произвести большую работу. Я предложилъ отрядамъ соединиться. Мое предложеніе осталось предложеніемъ. Его исполненію мѣшало то обстоятельство, что частный отрядъ хотѣлъ имѣть отдѣльную статистику перевязокъ.

Противъ статистики, какъ результата работы, ничего нельзя возразить вообще, но думаю, что съ этимъ вопросомъ не такъ трудно повернуться. Во всякомъ случаѣ думаю, что соединеніе отрядовъ на случай боя представляетъ большія выгоды. Мнѣ кажется, что хирургическія силы, имѣющіяся въ

распоряженіи, напр., арміи, иногда оказываются какъ бы распыленными, а потому не производящими той полезной работы, какую они могли бы произвести. Сосредоточеніе санитарныхъ силъ временнымъ командированіемъ цѣлыхъ отрядовъ на усиленіе наиболѣе нагруженныхъ мѣстъ представляется для меня выходомъ изъ иногда трудныхъ положеній.

Въ другомъ мѣстѣ я встрѣтилъ нѣсколько иное положеніе вещей. Въ деревнѣ стоялъ перев. отрядъ дивизіи, въ которомъ работалъ опытный хирургъ. Рядомъ—перед. перев. отрядъ частной организаціи. Опять разъединенность, когда слияніе отрядовъ на время боя могло бы дать чрезвычайно полезный результатъ. Въ данномъ случаѣ дѣло осложнялось еще тѣмъ, что въ полуверстѣ назадъ развернулся другой перед. перев. отрядъ частной организаціи, развернулся по той же дорогѣ. Слѣдовательно, если я не ошибаюсь, послѣдній отрядъ получалъ бы раненыхъ для, такъ сказать, повторныхъ перевязокъ.

Если соединить три отряда, получится мощная сводная организація, во главѣ которой стоитъ опытный хирургъ, организація, обладающая солиднымъ инструментаріемъ, солидными эвакуаціонными средствами. Если оставить отряды такъ, какъ они были,—они будутъ полезны, но не настолько, насколько могли бы быть, ибо силы распылены, а при современныхъ бояхъ силы нужно концентрировать.

Я понимаю, что нельзя не принимать во вниманіе мѣстныя условія развертыванія отрядовъ, размѣщенія ихъ. Допустимъ худшее: въ деревнѣ нельзя было размѣститься всѣмъ тремъ отрядамъ. Третій изъ нихъ могъ размѣститься въ полуверстѣ или верстѣ сзади. Но на время работы персоналамъ отрядовъ слѣдовало бы соединиться, по крайней мѣрѣ распредѣлить между собой работу, какъ говорится, снѣться, чтобы общій итогъ работы былъ наибольшимъ.

То, что было сказано относительно полка, то можетъ быть сказано и въ отношеніи дивизіи: растянутость ея фронта бываетъ разнообразная. Понятно, что когда дивизія сосредоточена, когда ея перевязочный отрядъ находится въ центрѣ недалеко отстоящихъ отъ него полковыхъ перевязочныхъ пунк-

товъ, то, на случай большого боя, слѣдуетъ усилить перев. отрядъ прикомандированіемъ къ нему другихъ отрядовъ, главнымъ образомъ, конечно, частныхъ организацій. Но фронтъ дивизіи можетъ оказаться настолько растянутымъ, что подвозъ раненыхъ въ одинъ перевязочный отрядъ дивизіи со всей дивизіи окажется затруднительнымъ. Для такихъ случаевъ, само собой разумѣется, опять-таки приходится хлопотать объ обезпеченіи частей дивизіи главными перевязочными пунктами, организованными изъ частныхъ отрядовъ или какимъ-либо инымъ образомъ. Мнѣ приходилось посѣщать дивизіи, въ которыхъ сказанное обстоятельство было учтено, въ которыхъ дивизіонные врачи правильно разрѣшали тактическую задачу момента, при чемъ дополнительными главн. перев. пунктами являлись отряды частной организаціи.

Иначе, думается, и трудно рѣшить задачу. Военно-санитарныя организаціи имѣются въ опредѣленномъ количествѣ на опредѣленную войсковую единицу. Если этихъ организацій, по условіямъ расположенія частей или по условіямъ боя, не можетъ хватить, то прежде всего дополненія могутъ быть добыты изъ частныхъ организацій.

Безъ передовыхъ перев. пунктовъ, безъ главныхъ перев. пунктовъ разрѣшеніе хирургически-тактическихъ задачъ невозможно. Поэтому объ этихъ пунктахъ пришлось говорить прежде всего. Однако для рѣшенія цѣлой хирургически-тактической задачи нельзя упускать изъ вида лазареты дивизій, подв. лазареты кр. кр. и полев. подв. госпитали.

Если посмотрѣть на то, какъ дѣло стоитъ обычно, то прежде всего приходится отмѣтить, что по крайней мѣрѣ одинъ изъ лазаретовъ дивизіи отводится подъ наиболѣе легкихъ раненыхъ, т. е. раненыхъ, могущихъ быстро попасть снова въ строй. Такое положеніе вещей съ военной и лечебной точекъ зрѣнія нужно признать правильнымъ, ибо для войсковой части важно не терять изъ кадра привыкшихъ къ своимъ частямъ людей; съ лечебной точки зрѣнія, такое положеніе правильно, т. к. наиболѣе легкіе раненые не запружаютъ болѣе тыловыя лечебныя заведенія, не загружаютъ эвакуаціонныя линіи, не загру-

жаютъ ихъ безполезно для себя. Слѣдовательно, въ схему разрѣшенія тактической задачи обычно входитъ забота о концентраціи наиболѣе легкихъ раненыхъ (излеченіе которыхъ достигается приблизительно въ 2-хъ-недѣльный срокъ) въ одномъ или обоихъ лазаретахъ дивизіи. При большомъ сраженіи, при большомъ наплывѣ раненыхъ одинъ лазаретъ будетъ, во всякомъ случаѣ, загруженъ наиболѣе легкими ранеными. Для обслуживанія болѣе тяжелыхъ раненыхъ остаются перевязочный отрядъ дивизіи, второй лазаретъ и далѣе полев. подвижные госпитали.

Исходя отсюда, казалось бы, слѣдовало и согласовать всю схему разрѣшенія тактической задачи съ приведенными данными, а именно наиболѣе легкихъ раненыхъ изъ полковыхъ перев. пунктовъ прямо, минуя перев. отрядъ дивизіи, направлять въ лазаретъ дивизіи; болѣе трудныхъ, нуждающихся въ оперативныхъ пособіяхъ и не нуждающихся въ нихъ, концентрировать сразу въ перев. отрядѣ дивизіи, здѣсь подавать имъ нужныя пособія и затѣмъ переправлять въ другой лазаретъ, или сразу въ полев. подв. госпиталь, или подв. лазареты кр. кр

Опять становится совершенно яснымъ, что только правильная сортировка раненыхъ, начатая на полковыхъ перев. пунктахъ, можетъ привести къ желаемымъ результатамъ. По поводу этихъ результатовъ можно однако сдѣлать еще нѣсколько замѣчаній: раненые, съ лечебной точки зрѣнія, до извѣстной степени распадаются на такихъ, которые могутъ быть излечены въ 2-хъ-недѣльный срокъ, для которыхъ необходимо леченіе не менѣе мѣсяца и на такихъ, которымъ требуется длительное леченіе. Въ интересахъ дѣйствующей арміи необходимо серьезно считаться и съ первой группой раненыхъ, такъ какъ и сами раненые въ большинствѣ случаевъ желаютъ по выздоровленіи вернуться въ свои части. Слѣдовательно, такихъ легко раненыхъ нужно концентрировать, во-первыхъ, въ сравнительной близости отъ позицій, во-вторыхъ, концентрировать въ такихъ лечебныхъ учрежденіяхъ, изъ которыхъ они могли бы попадать въ свои дивизіи. Практически этотъ вопросъ и разрѣшается такимъ образомъ, что легкораненые собираются въ лазаретахъ дивизій. Объ этомъ я говорилъ.

Но дѣло въ томъ, что, при такомъ рѣшеніи вопроса, болѣе трудные раненые и нуждающіеся часто въ болѣе или менѣе сложной оперативной помощи, разъ такую не успѣетъ подать перев. отрядъ дивизіи, должны проходить до полученія соотвѣтствующей серьезной помощи болѣе длинную эвакуаціонную линію—до полев. подв. госпиталей. Такое передвиженіе можетъ быть не въ интересахъ тяжелораненыхъ. Вотъ почему мнѣ думается, что принять разъ навсегда за правило—собирать наиболѣе легкихъ раненыхъ въ лазаретахъ дивизій—было бы неправильно. Я думаю, что такое собираніе наилегчайшихъ раненыхъ имѣетъ большое значеніе, его слѣдуетъ проводить въ жизнь, но въ зависимости отъ обстоятельствъ такое собираніе можетъ быть передаваемо полев. подв. госпиталямъ. При этомъ требуется выполнить только одно условіе: чтобы данная дивизія знала, что ея легкораненые собираются въ такомъ-то госпиталѣ, госпиталь бы зналъ, что наиболѣе легкораненые такой-то дивизіи не подлежатъ эвакуаціи, а возвращенію дивизіи. Думаю, что подобное рѣшеніе вопроса нетрудно осуществимо и препятствій не встрѣтитъ, ибо оно иногда является въ видѣ мѣры, стремящейся обезпечить правильной хирургической помощью и наиболѣе нуждающихся въ ней, при чемъ не вредитъ наиболѣе легкимъ раненымъ и удовлетворяетъ желаніямъ арміи.

Имѣя въ виду необходимость обезпечить правильной помощью наиболѣе легкихъ раненыхъ и предоставить имъ возможность быстро вернуться въ строй, приходится задаваться и болѣе сложнымъ дѣломъ—обезпеченіемъ правильной хирургической помощью болѣе тяжкихъ раненыхъ, среди которыхъ есть не нуждающіеся и нуждающіеся въ оперативной хирургической помощи, среди которыхъ много нуждающихся въ иммобилизаціи, среди которыхъ имѣются раненые, различно относящіеся и различно переносящіе эвакуацію.

Съ принципіальной стороны дѣло сравнительно все же не такъ сложно, какъ можетъ показаться сразу. Укажу прежде всего на то, что раненые въ полость живота и полость груди представляютъ собой группу, во-первыхъ, наиболѣе чувстви-

тельную къ эвакуаціи; во-вторыхъ, на мой взглядъ, первые почти всѣ, вторые въ значительной степени (съ пристѣночными, сквозными и глухими раненіями грудной клѣтки разрывными, взрывчатыми пулями и болѣе или менѣе крупными осколками артиллерійскихъ снарядовъ) подлежатъ оперативному леченію и въ возможно короткій срокъ послѣ ранения (первые 5 часовъ).

Во многихъ войсковыхъ частяхъ, въ интересахъ спокойной эвакуаціи только что перечисленныхъ раненыхъ, сдѣланы распоряженія о выносѣ ихъ вплоть до главныхъ перев. пунктовъ на носилкахъ. Принимая въ среднемъ, что перев. отрядъ дивизіи стоитъ въ 4 верстахъ позади полковыхъ перев. отрядовъ, окажется, что раненые попадутъ на главный перев. пунктъ черезъ 2—4 часа послѣ полкового. Значитъ, своевременность ихъ доставки на главный перев. пунктъ будетъ всецѣло находиться въ зависимости отъ возможнаго ихъ своевременнаго выноса изъ сферы боя. Оказывается, что въ наиболѣе правильной постановкѣ дѣла именно перев. отряду дивизіи надлежитъ заняться оперативнымъ леченіемъ наиболѣе тяжкихъ раненыхъ, почему, очевидно, здѣсь и долженъ быть опытный хирургъ. Если перев. отрядъ по тѣмъ или инымъ причинамъ не можетъ взять на себя задачу правильнаго обслуживанія наиболѣе тяжкихъ раненыхъ, то послѣднихъ придется эвакуировать дальше въ тылъ. И вотъ возникаетъ вопросъ, какъ ихъ эвакуировать. Ручнымъ способомъ—на это потребуется слишкомъ много времени, да едва ли и выполнимо. Разъ для дальнѣйшей эвакуаціи не можетъ быть использована ручная эвакуація, то, въ интересахъ быстроты эвакуаціи и относительнаго покоя, остается прибѣгнуть къ автомобилю. Какъ только начнешь говорить про автомобильную эвакуацію, такъ невольно приходишь къ необходимости остановиться на дорогахъ,—допускаютъ ли онѣ эвакуацію тяжелыхъ раненыхъ, напр., въ полость груди, или не допускаютъ. Всѣ эти вопросы могутъ быть разрѣшаемы по отношенію къ каждому отдѣльному случаю. Я бы хотѣлъ только замѣтить, что, при наличіи недурныхъ дорогъ, я считалъ себя въ правѣ рекомендовать автомобильную эвакуацію наиболѣе

тяжкихъ раненыхъ, полагая, что такая эвакуація, какъ быстро протекающая и быстро доставляющая раненаго въ условія возможной подачи ему оперативной помощи, выгоднѣе, чѣмъ оставленіе раненыхъ при выжидательномъ къ нимъ отношеніи.

Можетъ быть, съ моими взглядами не всѣ согласятся. Увѣренъ, что съ ними не согласятся сторонники выжидательнаго отношенія къ раненымъ въ полость живота и груди. Я привелъ возможное наилучшее разрѣшеніе вопроса, затѣмъ старался найти выходъ при невозможности подавать оперативную помощь наиболѣе тяжкимъ раненымъ въ перев. отрядахъ дивизій.

Слѣдующую группу представляютъ раненые съ поврежденіями черепа. Я уже говорилъ выше, что ихъ эвакуація въ теченіе первыхъ часовъ послѣ поврежденія возможна съ меньшимъ для нихъ вредомъ, чѣмъ для первыхъ двухъ категорій. Въ виду сказаннаго вполнѣ естественно, что эти раненые могутъ получать помощь какъ въ перев. отрядѣ дивизіи, такъ въ лазаретахъ дивизій, въ пол. лазаретахъ кр. кр. Думаю, что при быстрой эвакуаціи (напр., автомобилями) такимъ раненымъ можно подавать первичную оперативную помощь (и не запоздалую) въ полев. подв. госпиталяхъ.

Далѣе идутъ переломы костей, поврежденія суставовъ, поврежденія мягкихъ частей, кровеносныхъ сосудовъ. Прежде всего нельзя не сказать нѣсколько словъ касательно послѣднихъ. Если признать, что на передовыхъ перев. пунктахъ кровотеченіе изъ крупныхъ кровеносныхъ стволовъ конечностей, при возможности къ тому, останавливается преимущественно наложеніемъ эластическихъ жгутовъ, то отсюда вытекаетъ совершенно опредѣленное слѣдствіе: такіе раненые не могутъ оставаться со жгутомъ на конечности болѣе двухъ часовъ, ибо въ противномъ случаѣ жгутъ будетъ грозить послѣдующей гангреной конечности. Извѣстны отдѣльныя наблюденія, гдѣ гангрена не наступала и послѣ болѣе длительнаго лежанія жгута, но тѣмъ не менѣе 2 часа—въ крайнемъ случаѣ 3 часа—являются предѣльнымъ срокомъ допустимости примѣненія эластическаго жгута съ цѣлью остановки кровотеченія.

Отсюда вытекаетъ, что раненые со жгутомъ черезъ 2-3-хъ-часовый срокъ должны оказаться въ такихъ условіяхъ, при которыхъ жгутъ долженъ быть снятъ, а раненый получить оперативную помощь. Опять оказывается, что эту помощь раненый можетъ получить или въ перев. отрядѣ дивизіи, или въ лазаретѣ дивизіи, или наконецъ, при быстрой эвакуаціи, въ полев. подвижн. госпиталѣ.

Если такъ обстоитъ дѣло съ поврежденіями кровеносныхъ сосудовъ, съ кровотеченіями, останавливаемыми эластическимъ жгутомъ, то то же приблизительно должно сказать про поврежденія кровеносныхъ сосудовъ, сопровождающіяся образованіемъ пульсирующихъ гематомъ. Подобные раненые нуждаются уже прямо въ доставленіи въ лечебныя заведенія (и сравнительно менѣе подвижнаго типа), ибо подобные раненые должны вылежать нѣкоторый срокъ до своей эвакуаціи, должны дождаться ограниченія пульсирующей гематомы.

По отношенію къ наиболѣе тяжкимъ переломамъ конечностей и поврежденіямъ суставовъ приходится въ сущности повторить все то, что только что было сказано. Если они нуждаются въ оперативномъ пособіи, то послѣднее желательно примѣнить въ первые 5-6-12 (въ крайнемъ случаѣ—24) часовъ послѣ ранепія. До такого оперативнаго леченія, конечно, необходима предварительная иммобилизація конечностей. Здѣсь не могу не замѣтить, что для передовыхъ хирургическихъ организацій (полков. перев. пунктъ, главн. перев. пунктъ, лазареты дивизій, полев. подв. госпитали) я лично считаю для цѣлей иммобилизаціи (какъ предварительной, такъ и послѣопераціонной) наиболѣе подходящими деревянные лубки соотвѣтствующей, само собой разумѣется, длины.

То, что относится къ поврежденіямъ костей и суставовъ, то относится и къ поврежденіямъ мягкихъ частей, требующихъ оперативнаго вмѣшательства.

Тѣ раненые (касается ли раненіе костей или суставовъ, касается ли оно мягкихъ частей), кои не подлежатъ оперативному леченію, при первой возможности должны быть эвакуируемы въ болѣе тыловыя учрежденія.

Вотъ какъ рисуется мнѣ схема разрѣшенія хирургическо-тактическихъ задачъ съ чисто принципіальной лечебной точки зрѣнія. Такъ какъ дѣло идетъ о рѣшеніи хирургическо-тактическихъ задачъ, то, очевидно, нельзя не принимать во вниманіе чисто военныхъ обстоятельствъ, т. е. характера сраженій. Характеръ ихъ не можетъ не отражаться на разрѣшеніи частныхъ хирургическо-тактическихъ задачъ. Самый простой случай касается позиціоннаго характера борьбы. Д-ръ Антовъ, напр., описывалъ, что у французовъ при такой борьбѣ имѣются спеціальные ходы сообщенія для выноса раненыхъ изъ окоповъ. Достаточно вспомнить, что раненый въ полость живота въ окопѣ оказывается иногда черезъ 45 минутъ послѣ ранснія на операціонномъ столѣ, чтобы понять, что тамъ признано значеніе быстроты уборки раненыхъ и доставки ихъ въ условія возможно сложной оперативной помощи. Долженъ сказать, что и въ нашей арміи я встрѣчался съ правильнымъ разрѣшеніемъ подобныхъ задачъ.

Въ районѣ сѣвернаго фронта я имѣлъ возможность видѣть рядъ образцовыхъ операціонно-перевязочныхъ, организованныхъ при перев. отрядахъ дивизій. Не могу не замѣтить, что видѣлъ операціонныя, организованныя въ землянкахъ-блиндажахъ, при чемъ убѣждался въ возможности производить въ нихъ операціи. Болѣе того, я убѣдился въ одной изъ дивизій въ томъ, что вопросы, о которыхъ я сейчасъ подробно говорю, въ жизни разрѣшены. Такъ, напр., я помню одну дивизію. перев. отрядъ которой принималъ тяжелыхъ раненыхъ и оказывалъ имъ оперативную помощь. Рядомъ съ отрядомъ была развернута опять-таки въ блиндажѣ-землянкѣ операціонная спеціально для чревосѣченій. Такое выдѣленіе раненыхъ въ полость живота, куда бы я присоединилъ нѣкоторыя ранснія полости груди, кажется мнѣ крайне цѣлесообразнымъ и заслуживающимъ подражанія, разъ подражаніе возможно.

При позиціонномъ характерѣ сраженій въ самомъ дѣлѣ можно обезпечить всѣхъ раненыхъ правильной хирургической помощью, и сдѣлать это сравнительно не трудно. То же приблизительно можно сказать про оборонительный бой.

Труднѣе разрѣшимъ вопросъ тогда, когда позиціонная борьба готова перейти въ маневренную, когда подготовляется наступленіе, когда готовится прорывъ арміи противника, когда формируется ударная группа. Всякому понятно, что ударная группа должна имѣть большое количество раненыхъ. И возникаетъ вопросъ объ ихъ правильномъ обслуживаніи.

Думаю, что то, что было мною выше говорено, слѣдуетъ принять во вниманіе и сейчасъ. Возможно, напр., при наличіи хирурговъ перев. отрядамъ дивизіи предоставить управляться съ наиболѣе тяжкими ранеными, т. е. съ ранеными въ полость живота и въ полость груди. Этихъ раненыхъ въ концѣ концовъ не такъ много; можетъ быть, перев. отряды дивизій съ ними и справятся, если при отрядѣ имѣется опытный хирургъ. Но несомнѣнно, что никакой отдѣльно взятый перевязочный отрядъ не справится съ наплывомъ раненыхъ изъ дивизіи, переходящей въ наступленіе, если врагъ подготовленъ и упорно сопротивляется. Думаю, что перев. отрядъ не справится просто съ перевязочной функціей. Вотъ почему мнѣ кажется, что на такой случай перев. отрядъ дивизіи долженъ быть усиленъ однимъ или двумя передов. перев. отрядами частныхъ организацій, дабы они несли перевязочное дѣло, а самъ отрядъ могъ заботиться о наиболѣе тяжкихъ раненыхъ. Само собой разумѣется, эти перед. перев. отряды должны заниматься сортировкой раненыхъ по преподанной имъ схемѣ. Иначе дѣло правильной хирургической помощи не можетъ идти.

Разъ сортировка налажена, разъ она идетъ съ полковыхъ перев. пунктовъ, добавляется на главномъ перев. пунктѣ, то этимъ уже многое сдѣлано, ибо остается выдѣлить раненыхъ, которымъ подаются пособія на глав. перев. пунктѣ, и распредѣлить средства эвакуаціи между остальными различными категоріями раненыхъ. Тѣ изъ нихъ, которые нуждаются въ скорой серьезной оперативной помощи, должны отправляться наиболѣе быстрымъ и покойнымъ способомъ эвакуаціи. Въ одномъ случаѣ этимъ способомъ окажется жел.-дор. летучка, въ другомъ—автомобильная колонна. При чемъ, въ интересахъ

правильной постановки хирургической помощи, мнѣ представляется необходимымъ организовать при разбираемыхъ условіяхъ хирургическій тылъ, т. е. такое мѣсто, въ которомъ бы скоплялись раненые, требующіе оперативной помощи, и въ которомъ бы они такую помощь получали.

Раненые, не требующіе оперативной помощи, должны направляться въ другія лечебныя заведенія или сразу на головной эвакуаціонный пунктъ для дальнѣйшей эвакуаціи.

Наиболѣе трудный вопросъ есть вопросъ именно объ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла. Задачія его, какъ видно, сравнительно просты. Естественно, его слѣдуетъ располагать съ такимъ расчетомъ, чтобы раненые могли попадать на него въ теченіе первыхъ 6 (въ крайнемъ случаѣ въ теченіе первыхъ 12-13) часовъ послѣ ранепія. Очевидно, что такой хирургическій тылъ включаетъ въ себя необходимость скопленія порядочнаго количества раненыхъ. Поэтому онъ не можетъ быть организованъ въ предѣлахъ досягаемости непріятельской артиллеріи.

На случай наступленія, понятно, для такого хирургическаго тыла не можетъ хватить одного, напр., лазарета дивизіи или одного полев. подв. госпиталя и по очень простымъ причинамъ: не хватитъ персонала, не хватитъ вмѣстимости, не хватитъ инструментарія.

Я представляю себѣ организацію ближайшаго оперативно-хирургическаго тыла въ видѣ какъ бы хирургической фабрики, въ которой оперативная дѣятельность идетъ днемъ и ночью безпрерывно. Если принять въ соображеніе (что знаю по личному опыту), что при крайнемъ напряженіи хирургъ въ состояніи за сутки произвести до 50 операцій, включая сюда рядъ чревосѣченій, то окажется, что работа хирургическаго тыла не можетъ быть предоставлена одному-двумъ хирургамъ. Должны быть смѣнные хирурги, вмѣстѣ съ ними смѣнные средній и низшій персоналы; наконецъ, требуется смѣнный инструментарій. Совершенно очевидно, что при работѣ оперативно-хирургическаго тыла нецѣлесообразно производить между двумя сосѣдними операціями перерывы для стерили-

зацiи инструментовъ, ибо такимъ образомъ теряется много драгоцѣннаго времени.

Я уже предвижу возраженiе, что хирургическимъ тыломъ въ понимаемомъ мною смыслѣ могутъ явиться отдѣльные лазареты дивизiй или полев. подв. госпитали, разъ въ нихъ есть хирургъ. Думаю, что въ интересахъ дѣла выгоднѣе бываетъ свести два или нѣсколько лечебныхъ учрежденiй, ибо отъ сведенiя выигрываетъ работоспособность. Но не въ этомъ дѣло: можно, конечно, использовать и одно лечебное заведенiе. Будемъ ли мы для организацiи оперативно-хирургическаго тыла пользоваться однимъ-двумя или болѣе сведенными или разрозненными лечебными заведенiями одного или разныхъ наименованiй, центръ тяжести разрѣшенiя вопроса лежитъ въ усиленiи этихъ лечебныхъ заведенiй персоналомъ, инструментарiемъ, перевязочными средствами и т. д.

Какое требуется усиленiе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, можно обсудить и рѣшить. Но разъ поднимается вопросъ объ усиленiи персонала, то, очевидно, поднимается и вопросъ о томъ, откуда такой персоналъ взять.

Ясно, что безъ резервныхъ хирурговъ, безъ резервныхъ отрядовъ средняго медицинскаго персонала обойтись совершенно невозможно. Командующiй одной изъ армiй говорилъ мнѣ, что онъ предполагаетъ среди хирурговъ его армiи завести какъ бы дежурства по резерву. Это значитъ, что въ опредѣленное время опредѣленная часть хирурговъ, находящихся въ армiи, должна считаться состоящей въ резервѣ. Хирургъ, напр., находящiйся въ перев. отрядѣ такой-то дивизiи, получаетъ увѣдомленiе, что на такой-то срокъ онъ считается въ резервѣ, значитъ, долженъ быть готовъ быстро отправиться въ другое временное мѣсто. Такимъ способомъ изъ хирурговъ армiи можетъ быть созданъ нѣкоторый контингентъ, который можетъ обслужить хирургическiй тылъ.

Понятно, что въ организацiи хирургическаго тыла охотно принимаетъ участiе и фронтъ командированiемъ, какъ своихъ хирурговъ, такъ и сестеръ милосердiя. Такимъ образомъ, я думаю, что заблаговременно, при назрѣвающей наступательной

операціи въ районѣ той или иной арміи, долженъ создаваться опредѣленный оперативно-хирургическій тылъ, въ которомъ долженъ быть сосредоточенъ хирургическій персоналъ, сосредоточенъ инструментарій, средства стерилизаціи, перевязочный матеріалъ и все остальное, необходимое для ухода и временнаго леченія раненыхъ—преимущественно тяжелыхъ.

Въ сосредоточеніи хирургическихъ силъ передъ началомъ наступательной операціи я вижу одну изъ главныхъ тактическихъ хирургическихъ задачъ. Вижу потому, что такое сосредоточеніе хирургическихъ силъ на опредѣленномъ разстояніи отъ линіи боя даетъ возможность правильно обслужить большое количество раненыхъ, которые безъ такого обслуживанія въ лучшемъ случаѣ обречены на продолжительно текущее осложненіе ранения, въ худшемъ—обрекаются на смерть, въ среднемъ—лишаются, напр., своихъ конечностей.

Къ сожалѣнію, по условіямъ военной тайны, я не могу подробно говорить о практическомъ осуществленіи подобныхъ тактическихъ задачъ. Могу только сказать, что, къ моему большому счастью, мнѣ приходилось принимать участіе въ организаціи такого хирургическаго тыла и становиться во главѣ его.

Если наступленіе кончится удачей, если наступающая армія уйдетъ впередъ, то появится новая задача—обезпечить помощью раненыхъ при маневренномъ сраженіи.

Маневренные бои, какъ извѣстно, бываютъ двухъ родовъ: наступательные и отступательные. Тотъ и другой носятъ нѣсколько своеобразную физіономію, почему каждый изъ нихъ заслуживаетъ вниманія съ хирургически-тактической точки зрѣнія. Въ бояхъ обоего характера имѣется одна общая черта—движеніе, въ первомъ случаѣ—впередъ, а во второмъ—назадъ. Но движеніе присуще и тому и другому виду сраженія. Быстрота движенія арміи впередъ и назадъ бываетъ, какъ извѣстно, разнообразна, но лучше всего брать среднюю величину—10 верстъ въ сутки. Съ такого передвиженія слѣдуетъ начать разсмотрѣніе вопроса.

Продвигается ли армія, или отходитъ, раненые и въ томъ и въ другомъ случаѣ уходятъ назадъ, по крайней мѣрѣ боль-

ншнство ихъ. При этомъ общемъ постоянномъ движеніи раненыхъ по направленію къ тылу, нѣкоторыя категоріи раненыхъ не должны, не могутъ быстро эвакуироваться безъ явнаго риска для своего здоровья. Если этотъ рискъ крайне необходимъ, если этого риска никоимъ образомъ избѣжать нельзя, то тутъ ничего не подѣлаешь. Но мнѣ представляется, если я не ошибаюсь, что такая крайняя необходимость можетъ быть при одномъ условіи—при быстромъ отступленіи, при быстромъ очищеніи большого пространства. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, мнѣ думается, можно выйти изъ затрудненій, и тѣмъ поступить согласно съ интересами раненыхъ. Мнѣ представляется, что, какъ при наступательномъ, такъ и при отступательномъ характерѣ сраженій, слѣдуетъ имѣть относительно неподвижныя хирургическія точки, хирургическія базы, на которыхъ подавать хирургически-оператпвную помощь нуждающимся въ ней. Мнѣ кажется, напр., что при наступленіи, когда дивизія идетъ впередъ, то, конечно, уходитъ съ ней перев. отрядъ, уходитъ одинъ изъ лазаретовъ, а другой на нѣкоторый промежутокъ времени остается на мѣстѣ. Мнѣ представляется теоретически, что для обслуживанія наиболѣе тяжелыхъ раненыхъ выгодно лечебныя заведенія расположить въ затылокъ одно за другимъ на разстояніи, напр., перехода или полуперехода; при движеніи впередъ снимать наиболѣе тыловое и перекидывать его впередъ, а передовое, очевидно наполненное ранеными, временно оставлять на мѣстѣ для постепеннаго разгруживанія и освобожденія отъ раненыхъ. Такое расположеніе можно себѣ легко представить касательно лазаретовъ дивизій, то же самое можно себѣ представить по отношенію къ армейскимъ полев. подв. госпиталямъ.

Я понимаю, что количество раненыхъ можетъ быть столь большимъ, что лазареты дивизій окажутся оба переполненными, а дивизіи нужно уходить впередъ. Въ такихъ случаяхъ, мнѣ кажется, можно найти иной выходъ. Задача помощи раненымъ заключается въ ихъ правильномъ обслуживаніи и правильной эвакуаціи, т. е. въ правильномъ проведеніи этаннаго леченія. Очевидно, при быстромъ движеніи впередъ, при большомъ скопленіи раненыхъ, существующія лечебныя заведенія не могутъ

выполнить первую часть задачи. Если при этомъ раненые переправляются изъ перев. отряда въ первый лазаретъ, а изъ него— во второй, то всѣ три организаціи не могутъ справиться съ задачей.

Такъ какъ при подобныхъ условіяхъ веденія сраженія эвакуація все равно должна происходить, то, думается, надо заботиться о возможно правильномъ обслуживаніи раненыхъ съ хирургической точки зрѣнія. Мнѣ не разъ приходила въ голову мысль о томъ, что при такихъ наступательныхъ бояхъ гораздо выгоднѣе имѣть хоть одинъ этапъ, но дѣйствительно справляющійся съ хирургической задачей. Мнѣ приходило въ голову, что не лучше ли въ такихъ условіяхъ держать лазареты дивизій свернутыми, а весь медицинскій персоналъ сосредоточивать при перев. отрядѣ дивизіи. Тогда раненые всѣ будутъ обслужены и сравнительно своевременно послѣ хирургическаго обслуживанія будутъ эвакуированы, при чемъ удастся часть раненыхъ и задержать на нѣкоторое время, оставивъ при нихъ небольшую часть сведеннаго персонала.

Я думаю слѣдующее: если санитарныя организаціи, приданныя дивизіи, не могутъ задерживаться, если онѣ должны идти съ дивизіей, то среди армейскихъ госпиталей во всякомъ случаѣ должно быть нѣсколько сравнительно неподвижныхъ или менѣе подвижныхъ. Мнѣ кажется, можно было бы считать большой ошибкой хирургической тактики, если во время, напр., наступленія арміи всѣ госпитали свернулись бы и слѣдовали за арміей. Я положительно думаю, что въ интересахъ раненыхъ нужно имѣть нѣкоторую хирургическую базу, въ которой могли бы найти не только пріютъ, но и должное леченіе наиболѣе тяжкіе раненые.

Далѣе обращаетъ на себя вниманіе слѣдующее обстоятельство. Каждому изъ насъ приходилось видѣть и слышать, что хирургическая работа между лечебными заведеніями распредѣляется неравномѣрно. Одни лазареты перегружены, одни госпитали перегружены, а другіе наоборотъ въ буквальномъ смыслѣ слова бездѣйствуютъ.

При современномъ положеніи вещей и при современныхъ

разрѣшеніяхъ тактическихъ задачъ иного и ожидать нельзя: лечебныя заведенія дивизіи или корпуса, ведущихъ бой, завалены работой. Персоналъ резервныхъ частей, персоналъ сосѣднихъ лечебныхъ заведеній занятъ мало. Мнѣ кажется, что въ такомъ положеніи есть своя ненормальность. Я не думаю, что было бы возможно часто лечебныя заведенія одной войсковой части временно передавать другой для помощи. Можетъ быть, это слишкомъ сложно. Но мнѣ представляется, что вопросъ главнымъ образомъ сводится не къ передачѣ лечебныхъ заведеній, а къ командированію персонала ихъ. Можетъ быть, я ошибаюсь, но на меня до сихъ поръ бо́льшая часть видѣннаго производила впечатлѣніе такое, какъ будто медицинскій персоналъ оказывается закрѣпощеннымъ за лечебными заведеніями. Поэтому и выходитъ такъ, что разъ лечебное заведеніе не переходитъ, не переходитъ и его персоналъ. Я лично держусь какъ разъ обратнаго мнѣнія. Признавая большое значеніе лечебныхъ заведеній, какъ заведеній, я полагаю, что лечебное заведеніе цѣнно для раненыхъ, когда оно работаетъ и работаетъ правильно. Такъ какъ во многихъ случаяхъ правильная работа того или иного заведенія нарушается недостаткомъ персонала, который просто не можетъ справиться съ даннымъ количествомъ раненыхъ, то, для возстановленія работоспособности лечебнаго заведенія, необходима только добавка личнаго персонала.

Мнѣ бы казалось возможнымъ въ интересахъ дѣла разсматривать персоналъ лечебныхъ заведеній болѣе подвижнымъ, чѣмъ само лечебное заведеніе, и болѣе быстро передвигающимся. По опыту знаю, что работа во время наплыва раненыхъ становится иногда не подъ силу. Имѣлъ случай самъ приходить въ состояніе полнаго безсилія, имѣлъ случай видѣть врачей, дошедшихъ до невозможности больше работать, до полной апатіи отъ переутомленія. Имѣлъ случай радоваться прибытію свѣжихъ хирургическихъ силъ при полномъ переутомленіи. Поэтому по опыту могу сказать, что переброска съ одного мѣста на другое хирургическаго персонала, опять сосредоточеніе хирургическихъ силъ въ нужномъ мѣстѣ въ значительной

степени облегчаютъ разрѣшеніе такихъ хирургически-тактическихъ задачъ, которыя безъ этого кажутся неразрѣшимыми.

Перехожу къ отступленію. Понимаю, что организація хирургической помощи раненымъ при отступленіи представляетъ наибольшія трудности, тѣмъ не менѣе трудности, не непреодолимыя. Такъ по крайней мѣрѣ мнѣ кажется. Начну со слѣдующаго. При наступленіи мнѣ казалось возможнымъ въ крайнемъ случаѣ сосредоточить персоналъ даже всѣхъ трехъ лечебныхъ организацій дивизіи на перев. отрядѣ дивизіи. Это и вполнѣ понятно: при наступленіи всѣ тяжело раненые сравнительно быстро попадаютъ въ руки медицинскаго персонала. Сюда прибавляются тяжело раненые противника. При отступленіи наблюдается обратное: свои тяжело раненые частью остаются въ рукахъ противника. Значитъ, количество тяжело раненыхъ, раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи, падаетъ. Такъ какъ, кромѣ того, идетъ отступленіе, то центръ хирургической дѣятельности, на мой взглядъ, оказывается выгоднымъ отодвинуть нѣсколько назадъ, т. е. отнести его съ перев. отряда дивизіи на одинъ или оба сразу лазареты дивизіи. Это— во-первыхъ.

Далѣе мнѣ представляется, что во время отступленія опять выгодно имѣть въ тылу арміи въ затылокъ расположенныя лечебныя заведенія, и вотъ почему. Я думаю, что въ каждый моментъ отступленія необходимо имѣть сравнительно неподвижную хирургическую базу. Если два лечебныхъ заведенія расположены одно позади другого на разстояніи, скажемъ, перехода, то когда снимается переднее, оно уходитъ назадъ; бывшее заднимъ остается стоять и принимаетъ раненыхъ, наиболѣе, конечно, тяжелыхъ и нуждающихся въ оперативномъ пособіи.

Возможно, что въ интересахъ обезпеченія лечебныхъ учрежденій отъ попаданія въ плѣнъ, при отступленіи выгодно нѣсколько удлинять первую эвакуаціонную линію, т. е. линію до ближайшаго хирургическаго тыла, но необходимость такового едва ли подлежитъ оспариванію. По аналогіи съ наступленіемъ, мнѣ думается, слѣдуетъ пользоваться сосредоточеніемъ хирургическаго персонала. Если большое количество лечебныхъ заве-

деній, какъ загромождающихъ армію, должно быть своевременно уводимо, то, думаю, персоналъ, какъ легко подвижный и крайне нужный для обслуживанія раненыхъ, можетъ быть использованъ послѣ отхода лечебныхъ заведеній. Уходятъ, напр., полев. подв. госпитали; совершенно естественно, что персоналъ ихъ можетъ еще въ значительной степени помогать раненымъ. Я еще разъ повторяю, что нерѣдко и при отступленіяхъ идущія, напр., съ дивизіей лечебныя заведенія не могутъ справиться съ работой въ виду своей перегруженности. Придать временно такимъ лазаретамъ дивизіи медицинскій персоналъ—значитъ во многихъ случаяхъ принести большую пользу раненымъ, разрѣшить хирургически-тактическую задачу даннаго момента.

IV. СОРТИРОВКА РАНЕНЫХЪ.

Остановимся ли мы на изученіи принциповъ этаннаго леченія раненыхъ, остановимся ли на разсмотрѣніи вопросовъ хирургической тактики, мы невольно сразу сталкиваемся съ сортировкой раненыхъ, какъ основнымъ элементомъ организаціи хирургической помощи во время войны. Поэтому положеніе Н. И. Пирогова, что «хорошо организованная сортировка раненыхъ на перевязочныхъ пунктахъ и въ военно-временныхъ госпиталяхъ есть главное средство для оказанія правильной помощи и къ предупрежденію безпомощности и вредной по своимъ слѣдствіямъ неурядицы», до сихъ поръ остается въ полной силѣ. Правильная сортировка раненыхъ есть первое условіе правильной организаціи хирургической помощи раненымъ. Требуется такимъ образомъ условиться, что понимать подъ «правильной сортировкой».

Къ сортировкѣ раненыхъ можно подходить съ различныхъ точекъ зрѣнія. Прежде всего возможно принять во вниманіе тяжесть состоянія раненыхъ; тогда раненые распадаются на 1) легко раненыхъ, 2) тяжело раненыхъ и 3) раненыхъ средней категоріи. Въ сущности говоря, такая сортировка не разрѣшаетъ или разрѣшаетъ только приблизительно какъ вопросы эвакуаціонные, такъ и вопросы лечебные.

Придерживаясь взгляда о преимущественномъ значеніи эвакуаціи, П. П. Потираловскій кладетъ въ основаніе сортировки чисто эвакуаціонную точку зрѣнія. «Мнѣ кажется, пишетъ Потираловскій, что практичнѣе дѣлить раненыхъ на легко раненыхъ, могущихъ идти пѣшкомъ, тяжело раненыхъ, могущихъ переносить эвакуацію только на носилкахъ, и на раненыхъ средней тяжести, которые могутъ быть транспортированы на повозкахъ. Послѣдняя категорія можетъ быть подраздѣлена на такихъ, которые могутъ быть перевезены сидя, и на такихъ, которыхъ слѣдуетъ перевозить только лежа».

Какъ видно изъ приведенной выписки, эвакуаціонная сортировка въ значительной степени совпадаетъ съ сортировкой по тяжести состоянія.

Какъ ни разсматривать вопросъ, сортировка раненыхъ съ эвакуаціонной точки зрѣнія не только можетъ, но и должна приниматься въ соображеніе. Но сортировка только съ точки зрѣнія эвакуаціи страдаетъ несомнѣнной односторонностью: въ ней совсѣмъ не принята во вниманіе лечебная сторона дѣла, а между тѣмъ эта сторона для раненыхъ имѣетъ не меньшее значеніе, чѣмъ эвакуаціонная. Поэтому естественно, что хирурги вводятъ въ сортировку раненыхъ лечебный элементъ. Въ этомъ отношеніи сошлось прежде всего на Р. Р. Вредена. «Весьма важно, пишетъ онъ, тутъ же (т.-е. на передовомъ перевязочномъ пунктѣ) произвести хотя бы самую элементарную сортировку раненыхъ, раздѣливъ ихъ на слѣдующія группы: 1) раненые, нуждающіеся въ неотложномъ хирургическомъ пособіи, 2) раненые, не могущіе слѣдовать пѣшкомъ и 3) раненые, могущіе слѣдовать пѣшкомъ». Помимо эвакуаціонной точки зрѣнія, здѣсь уже принята во вниманіе лечебная точка зрѣнія. Такъ какъ раненыхъ, нуждающихся въ неотложномъ оперативномъ пособіи, какъ я выше говорилъ, при современныхъ бояхъ имѣется большое количество, то введеніе лечебной точки зрѣнія въ сортировку имѣетъ большое значеніе.

«Начала общей военно-полевой хирургіи» Н. И. Пирогова были опубликованы въ 1865 году. Тѣмъ не менѣе не могу не привести той сортировки раненыхъ, которую онъ предлагалъ.

Онъ предлагалъ раздѣлить раненыхъ на 5 категорій: 1) безнадежныхъ и смертельно раненыхъ, 2) тяжело и опасно раненыхъ, требующихъ безотлагательной помощи, 3) тяжело раненыхъ, требующихъ также неотложнаго, но болѣе предохранительнаго пособія, 4) раненыхъ, для которыхъ непосредственное хирургическое пособіе необходимо только для того, чтобы сдѣлать возможной транспортировку, 5) наконецъ легко раненыхъ или такихъ, у которыхъ первое пособіе ограничивается наложеніемъ легкой перевязки или извлеченіемъ поверхностно сидящей пули.

Думаю, что часто цитируя Пирогова, не слѣдуетъ забывать хотя бы приведенной сортировки, ибо она многое объясняетъ. Подобная сортировка представляетъ собой сортировку съ лечебной точки зрѣнія, при чемъ приняты во вниманіе вопросы эвакуаціи.

Хотя сортировка Пирогова касается сортировки раненыхъ на главныхъ перевязочныхъ пунктахъ, я ее привелъ теперь же, ибо разбираю основанія сортировки раненыхъ. Строя организацію хирургической помощи раненыхъ на этапномъ леченіи, я лично въ основу сортировки кладу два признака: лечебный и эвакуаціонный. Прежде всего дѣлю раненыхъ на требующихъ и не требующихъ въ самомъ ближайшемъ будущемъ оперативной помощи. Это будущее измѣряется нѣсколькими часами. Само собой разумѣется, что среди раненыхъ, нуждающихся въ оперативно-хирургическомъ пособіи, найдутся такіе, которымъ операція должна быть произведена въ буквальномъ смыслѣ слова неотложно (напр.—горлосѣченія, перевязки сосудовъ). Эта группа раненыхъ выдѣляется изъ нуждающихся въ оперативномъ пособіи вообще, ибо неотложное вмѣшательство препятствуетъ эвакуаціи подобныхъ раненыхъ съ того мѣста, на которомъ обнаружена необходимость производства операціи (напр. перед. перев. пунктъ). Остальные раненые, подлежащіе оперативному леченію, эвакуируются въ ближайшій хирургическій тылъ и тѣмъ скорѣе, чѣмъ скорѣе, при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ, надлежитъ подвергнуть ихъ оперативному пособію.

Раненые, подлежащіе оперативному леченію и эвакуируемые на 5-6-часовый промежутокъ времени, считая съ момента полученія ранепія, опять распадаются на двѣ группы: въ первую входятъ тѣ раненые, которые по полученіи оперативнаго пособія должны оставаться на мѣстѣ; во вторую группу входятъ тѣ, которые, послѣ поданія имъ оперативнаго пособія, могутъ быть эвакуированы дальше въ тылъ.

Въ итогѣ раненые, нуждающіеся въ оперативной помощи, раздѣляются на три группы: 1) нуждающіеся въ немедленной оперативной помощи; 2) нуждающіеся въ поданіи имъ оперативнаго пособія по возможности въ теченіе первыхъ часовъ (въ крайнемъ случаѣ въ теченіе первыхъ 12-24 часовъ) послѣ ранепія и остающіеся послѣ полученія пособія на мѣстѣ; 3) нуждающіеся въ оперативномъ пособіи, но могущіе послѣ такового быть эвакуированными далѣе въ тылъ.

Долженъ оговориться, что въ оперативное пособіе, какъ слагаемое, входитъ иммобилизація у многихъ изъ подобныхъ раненыхъ.

Раненые, не нуждающіеся въ оперативныхъ пособіяхъ, распадаются на 1) умирающихъ и безнадежныхъ, остающихся на мѣстѣ, 2) нуждающихся въ покоѣ, наблюденіи и леченіи, эвакуація которыхъ противопоказана (напр., ранепія легкихъ ружейными пулями), 3) нуждающихся въ первичномъ пособіи въ видѣ наложенія повязокъ (въ числѣ послѣднихъ— иммобилизирующихъ повязокъ) и въ то же время нуждающихся въ эвакуаціи для длительнаго леченія въ глубокій тылъ, 4) нуждающихся въ самомъ примитивномъ первичномъ пособіи и въ наиболѣе краткосрочномъ послѣдующемъ леченіи, почему и подлежащихъ эвакуаціи въ ближайшій тылъ (лазареты дивизій).

Вотъ въ какомъ видѣ представляется мнѣ правильной сортировка раненыхъ при современныхъ бояхъ и при современномъ состояніи хирургической науки. Эта сортировка отвѣчаетъ задачамъ этаннаго леченія. Въ ней, правда, не предусмотрѣнъ вопросъ о способѣ эвакуаціи, но, думаю, вопросъ о способѣ эвакуаціи рѣшается самъ собой. Совершенно очевидно, что

большинство нуждающихся въ примитивномъ пособіи и кратковременномъ леченіи подлежитъ эвакуаціи, разъ это необходимо, эшелонами пѣшимъ порядкомъ. Очевидно, что третья группа раненыхъ, не нуждающихся въ оперативномъ пособіи, въ большей своей части подлежитъ эвакуаціи лошадиными, колесными транспортами. Группа раненыхъ, нуждающихся въ оперативномъ пособіи, подлежитъ наиболѣе быстрой и покойной эвакуаціи помощью автомобилей, жел.-дор. летучекъ, вьючныхъ транспортовъ. Въ общемъ желательно, чтобы всякаго рода раненые, даже самые легкіе, эвакуировались не пѣшимъ порядкомъ, ибо они въ большинствѣ случаевъ представляютъ собой людей усталыхъ, людей только что вышедшихъ изъ боя. Въ нѣкоторомъ рядѣ случаевъ всѣ раненые вывозятся, напр., жел. дорогой. Многое зависитъ отъ количества раненыхъ, отъ количества эвакуаціонныхъ средствъ. Эти обстоятельства могутъ быть измѣнчивы: возможно въ ожиданіи боя въ опредѣленномъ мѣстѣ сконпить эвакуаціонныя средства. Мнѣ представляется имѣющей гораздо большее значеніе сортировка раненыхъ съ указаніемъ возможности или невозможности ихъ эвакуаціи вообще, съ указаніемъ возможности ихъ болѣе или менѣе дальней эвакуаціи. Остальное есть частность, которая можетъ быть разрѣшаема отдѣльно каждый разъ въ связи съ общимъ рѣшеніемъ тактически-хирургическихъ задачъ.

Какъ бы то ни было, сортировка раненыхъ есть первое условіе правильной постановки хирургической организаціи. Я привелъ сортировку, которую считаю наиболѣе правильной. Теперь долженъ добавить, что, въ согласіи съ другими, считаю необходимымъ, чтобы сортировка начиналась на передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ.

Мнѣ приходилось быть свидѣтелемъ сортировки раненыхъ, производимой «на глазъ», безъ осмотра мѣста ранепія, безъ производства перевязки. Конечно, «глазъ» можетъ наметаться въ опредѣленіи тяжести состоянія какъ больного, такъ и раненаго, но наметка касается столь выраженныхъ тяжелыхъ процессовъ, что сортировка «на глазъ» кажется мнѣ вообще нежелательной. Ея нужно избѣгать, насколько это только воз-

можно. Опытный взглядъ можетъ оказаться полезнымъ, но при слѣдующихъ, напр., обстоятельствахъ: привозятъ раненаго, касательно котораго имѣются свѣдѣнія, что онъ можетъ быть эвакуированъ дальше, а между тѣмъ общій видъ раненаго говоритъ обратное. Естественно такого раненаго осмотрѣть и послѣ осмотра рѣшить вопросъ, не слѣдуетъ ли измѣнить первоначально сдѣланное заключеніе. Но развивать сортировку «на глазъ» я не могу рекомендовать.

На передовомъ перевязочномъ пунктѣ производится перевязка раненыхъ, слѣдовательно производится и ихъ осмотръ; поэтому тамъ можетъ начаться и производство сортировки раненыхъ. Задача этой сортировки для передового перевязочнаго пункта довольно-таки простая. Помимо отдѣленія раненыхъ умирающихъ, передовому перевязочному пункту надлежитъ разрѣшить вопросъ о томъ, кто изъ раненыхъ нуждается во вниманіи ближайшаго хирургическаго тыла (сужая дѣло,—во вниманіи главнаго перевязочнаго пункта), и кто не нуждается, а потому можетъ слѣдовать дальше въ тылъ. Въ такой формѣ можно представить себѣ задачу сортировки передового перевязочнаго пункта, при чемъ эта форма является, такъ сказать, наиболѣе упрощенной.

Разъ по отношенію къ каждому перевязанному раненому вопросъ рѣшенъ, то необходимо плодъ рѣшенія зафиксировать, иначе изъ сортировки ничего не можетъ выйти. Въ наставленіи для врачей перевязочныхъ пунктовъ во время русско-японской войны уже признавалось значеніе цвѣтной отмѣтки результатовъ сортировки раненыхъ, при чемъ рекомендовалось дѣлать эту отмѣтку на повязкахъ краснымъ и синимъ карандашемъ. «Красный крестъ, читаемъ мы въ наставленіи, обозначаетъ случаи, требующіе немедленной помощи хирурга. Сюда относятся: 1) раны брюшной полости, 2) раны черепа, 3) раны въ области сердца, 4) раны мочевыхъ путей, 5) раны крупныхъ суставовъ, 6) раны, завѣдомо сильно загрязненныя, и 7) обширныя размозженія.

Синій крестъ обозначаетъ тяжело раненыхъ. Сюда относятся: 1) раны грудной полости, 2) раны шеи, 3) поранснія

крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ и нервовъ, 4) поранения сухожилій и 5) переломы открытые или подкожные крупныхъ костей и позвоночника.

Отсутствіе на повязкѣ того или другого знака указываетъ легкія травмы, допускающія эвакуацію безъ задержки на главномъ перевязочномъ пунктѣ».

Не буду разбирать детали наставленія. Достаточно сказать, что основаніе его совершенно справедливо. Мнѣ кажется, что оно нѣсколько подробно, а потому и трудно проводимо. Чтобы упростить дѣло, въ «краткихъ свѣдѣніяхъ», написанныхъ мной для юго-западнаго фронта, я рекомендовалъ отмѣчать красной перевязью тѣхъ раненыхъ, на которыхъ передовой перевязочный пунктъ хочетъ обратить вниманіе главнаго. Такая постановка дѣла, введенная въ одной изъ армій приказомъ командующаго, на мой взглядъ, до крайней степени упрощаетъ работу. При отсутствіи и такой помѣтки, раненые съ передового перевязочнаго пункта идутъ на главный, при чемъ для послѣдняго являются опять совсѣмъ незнакомыми. Введеніе хотя бы красной перевязи устанавливаетъ примитивную связь между двумя организаціями, по сути дѣла несущими разныя функціи по обслуживанію тѣхъ же самыхъ раненыхъ.

Какъ я сказалъ, красная перевязь есть примитивное выраженіе сортировки и примитивная форма связи. Конечно, нѣкоторыя усовершенствованія въ томъ и другомъ отношеніи очень желательны. До какой степени это такъ, покажутъ лучше всего примѣры.

Допустимъ, напр., что на передовомъ перевязочномъ пунктѣ, съ цѣлью остановки кровотеченія изъ раненой артеріи конечности, наложенъ эластическій жгутъ. Думаю, что помимо красной перевязи, этотъ раненый долженъ быть отмѣченъ, какъ имѣющій именно жгутъ; болѣе того, въ интересахъ раненаго необходимо отмѣтить, когда наложенъ жгутъ.

Посѣщая передовые и главные перевязочные пункты, я столкнулся еще съ однимъ вопросомъ, о которомъ также хочу сказать два слова. Дѣло идетъ о раненыхъ въ брюшную полость. Въ видѣ правила оперативная помощь такимъ раненымъ можетъ пода-

ваться, начиная съ главнаго перевязочнаго пункта. Для послѣдняго крайне важно знать время, протекшее съ момента раненія. За періодъ эвакуаціи на носилкахъ представленіе раненыхъ о времени путается. Поэтому понятно желаніе устанавливать время раненія, такъ сказать, по горячимъ слѣдамъ, т.-е. на передовомъ перевязочномъ пунктѣ, и сейчасъ же его отмѣчать.

Въ приведенномъ выше наставленіи, какъ и въ моихъ «краткихъ свѣдѣніяхъ», рекомендуется отмѣчать тѣхъ раненыхъ, кои нуждаются во вниманіи главнаго перевязочнаго пункта. Еще разъ повторяю, что такая единственная отмѣтка есть крайность, крайность, могущая вести даже къ недоразумѣніямъ. Въ самомъ дѣлѣ, при большомъ сраженіи раненые—по крайней мѣрѣ часть ихъ—не проходятъ черезъ передовой перевязочный пунктъ, а прямо попадаютъ на главный перевязочный пунктъ. Какимъ образомъ рѣшить теперь вопросъ о томъ, кто изъ нихъ прошелъ черезъ передовой перевязочный пунктъ и получилъ правильную перевязку, а кто такой не получилъ. Остается обратиться къ разспросамъ. До нѣкоторой степени это неудобно.

Поэтому мнѣ кажется, что для передового перевязочнаго пункта выгодно пользоваться двойной цвѣтной системой сортировки раненыхъ: одинъ цвѣтъ, скажемъ, красный, отмѣчаетъ раненыхъ, нуждающихся во вниманіи главнаго перевязочнаго пункта; другой цвѣтъ, хотя бы бѣлый, обозначаетъ, что раненый прошелъ черезъ передовой пунктъ, но не нуждается во вниманіи главнаго перевязочнаго пункта.

Изъ послѣдняго положенія вытекаетъ еще одно обстоятельство, котораго никакъ нельзя обойти молчаніемъ. Если въ какомъ-либо учрежденіи ближайшаго хирургическаго тыла появляется раненый съ красной перевязью, то ему сейчасъ же будетъ оказано должное вниманіе. Но если раненый снабженъ бѣлой перевязью, то, очевидно, нужно знать, когда она ему дана, ибо иначе нельзя рѣшить вопроса, когда такой раненый подлежитъ перевязкѣ. Поэтому при бѣлой перевязи (да кстати и при красной) выгодно ставить число дня выдачи ея.

Думаю, что подобная сортировка не можетъ затруднить работы перев. пункта. Думаю, что при нѣкоторомъ умѣніи

было бы возможно на перед. перев. пунктахъ ввести сортировку раненыхъ съ статистическимъ оттѣнкомъ, но тутъ сейчасъ встрѣтишься съ большой оппозиціей. «На перев. пунктахъ слишкомъ много работы, чтобы требовать отъ персонала вести еще статистику»—пишетъ Потираловскій.

Статистика вещь очень интересная и важная, на основаніи статистики возможно строить планы разрѣшенія отдѣльныхъ хирургически-тактическихъ задачъ, но, скрѣпя сердце, я готовъ пока отъ статистики отказаться въ интересахъ введенія по крайней мѣрѣ цвѣтной системы сортировки раненыхъ, которая уже прямо затрагиваетъ жизненные интересы раненыхъ.

Касательно сортировки раненыхъ на перед. перев. пунктахъ я позволилъ бы себѣ сдѣлать еще одно маленькое замѣчаніе, но уже въ интересахъ арміи. Такъ какъ въ интересахъ частей войскъ наиболѣе легкихъ раненыхъ скоплять въ наибольшей близости, напр., въ лазаретахъ дивизій, то, понятно, этихъ раненыхъ слѣдуетъ помѣчать особымъ цвѣтомъ или какимъ-нибудь другимъ образомъ, дабы исполнить задачу.

Если бы перед. перев. пункты занимались той сортировкой раненыхъ, о которой шла рѣчь, то, само собой понятно, дѣло главнаго перевязочнаго пункта было бы значительно облегчено. Оставалось бы съ той же точки зрѣнія разсортировать раненыхъ, которые прибываютъ, минуя перед. перев. пунктъ. Такъ какъ для этой цѣли необходимо прикомандировывать къ перев. отряду дивизіи какой-либо перед. перев. отрядъ, то главный перев. пунктъ занялся бы своей задачей, т.-е. подачей пособій нуждающимся въ нихъ раненымъ и сортировкой раненыхъ, получившихъ пособія, съ точки зрѣнія дальнѣйшаго ихъ леченія, связаннаго съ вопросами эвакуаціи. Иными словами, на главномъ перев. пунктѣ при подачѣ пособій пришлось бы отмѣчать тѣхъ раненыхъ, которые нуждаются въ оставленіи въ лечебныхъ заведеніяхъ ближайшаго тыла, и тѣхъ раненыхъ, которые могутъ быть эвакуируемы въ болѣе глубокій тылъ.

Опять для главнаго перевязочнаго пункта пришлось бы остановиться на двухцвѣтной системѣ сортировки раненыхъ: красная перевязь говорила бы, что раненый подлежитъ оста-

вленію въ хирургическихъ лечебныхъ учрежденіяхъ ближайшаго тыла (лазареты дивизій, подв. лазареты кр. кр. или другой частной организаціи, полев. подв. госпитали); другой цвѣтъ (только не бѣлый, во избѣжаніе путаницы съ ранеными, прибывающими съ перед. перев. пунктовъ) удостовѣрялъ бы, что раненый можетъ быть эвакуированъ дальше въ тылъ. Нечего упомнпать, что на перевязи необходимо было бы отмѣчать время ея выдачи, дабы врачи тыла знали, когда сдѣлана перевязка или операція. Чтобы не оставлять даже мелочей, приму, что эвакуаціонный цвѣтъ главнаго перев. пункта будетъ лиловый.

Позволяю себѣ думать, что цвѣтная система сортировки раненыхъ при ихъ скопленіи и наплывѣ, есть наиболѣе простой, отнимающій наименьшее время выходъ изъ непреодолимыхъ затрудненій. Не могу не подчеркнуть, что двухцвѣтная система сортировки раненыхъ на перев. пунктахъ представляетъ собой примитивную форму связи между лечебными заведеніями, форму связи, безъ которой этапное леченіе, да и просто цѣлесообразная эвакуація, чрезвычайно затрудняются.

Какъ извѣстно, съ главнаго перев. пункта, или минуя его, раненые попадаютъ въ лечебныя заведенія. Поступятъ ли раненые въ лазаретъ дивизіи, въ подв. лазаретъ кр. кр., въ полев. подвижной госпиталь, дальнѣйшія задачи сортировки раненыхъ оказываются одни и тѣ же. Одного нельзя не замѣтить, что сортировка раненыхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ становится нѣсколько болѣе сложной. Всѣ упомянутыя лечебныя заведенія, съ одной стороны, лечатъ, съ другой стороны, эвакуируютъ раненыхъ. Когда количество раненыхъ невелико, тогда крайне просто указать, кто изъ раненыхъ въ данный моментъ можетъ быть эвакуированъ, кто подлежитъ перевязкѣ, операціи и т. д. Когда лечебное заведеніе переполняется ранеными, тогда (говорю по опыту) становится крайне труднымъ правильно разобраться въ поставленныхъ сейчасъ вопросахъ. Вотъ для такихъ моментовъ сортировка раненыхъ и закрѣпленіе ея результатовъ цвѣтной системой принесятъ большую пользу.

Чтобы уяснить значеніе сортировки, разсмотрю дѣло подробно. Прибываютъ ли раненые ранѣе разсортированными,

или нѣтъ, но съ момента начала осмотра раненыхъ возникаютъ вопросы новой сортировки. Вопросы эти довольно просты. Первый изъ нихъ: нуждается ли раненый въ оперативномъ пособіи? Если да, то пособіе можетъ быть въ зависимости отъ условій или подано немедленно, или отложено до окончанія сортировки. Въ первомъ случаѣ послѣ производства операціи возникаетъ слѣдующій вопросъ: можетъ ли раненый быть эвакуированъ, или долженъ оставаться въ лечебномъ заведеніи? Въ послѣднемъ случаѣ, нуждается ли этотъ раненый въ перевязкѣ на слѣдующій день, или долженъ оставаться въ лечебномъ заведеніи безъ перевязки. Если оперативное пособіе отложено, то послѣ его подачи опять возникаютъ тѣ же вопросы.

Раненый, изслѣдованіе котораго производится и который не нуждается въ оперативномъ пособіи, опять можетъ быть или эвакуированъ (при чемъ до эвакуаціи или долженъ, или не долженъ быть перевязанъ), или этотъ раненый подлежитъ оставленію въ лечебномъ заведеніи (и опять—или его слѣдуетъ перевязать, или онъ можетъ быть оставленъ безъ перевязки).

Само собой разумѣется, всѣ эти вопросы не трудно разрѣшить касательно каждаго отдѣльнаго раненаго въ то время, когда видишь раненаго. Но запомнить результатъ изслѣдованій 50-100-200 и болѣе пропущенныхъ раненыхъ нѣтъ возможности. Моя память этого не вмѣщаетъ. Пропустивъ много раненыхъ передъ собой, подавъ большому количеству ихъ оперативное пособіе, я лично становился втупикъ передъ вопросомъ даже о томъ, кому какую сдѣлалъ операцію. Понятно, что можетъ произойти вредная для раненыхъ путаница: раненые, не подлежащіе эвакуаціи, будутъ эвакуированы, наоборотъ, раненые, подлежащіе эвакуаціи, могутъ остаться въ лечебномъ заведеніи. Легко себѣ представить, что такая путаница можетъ слишкомъ дорого обойтись раненымъ. Вотъ на какомъ основаніи я давно пришелъ къ заключенію о необходимости воспользоваться при работѣ въ лечебномъ заведеніи во время напльва раненыхъ цвѣтной системой обозначенія сортировки раненыхъ.

Сортировка раненыхъ отвѣчаетъ на слѣдующіе вопросы: 1) подлежитъ ли раненый на слѣдующій день эвакуаціи безъ

перевязки, 2) подлежитъ ли онъ эвакуаціи съ предварительной перевязкой, 3) долженъ ли оставаться въ лечебномъ заведеніи безъ смѣны повязки, 4) долженъ ли оставаться и при этомъ быть ли перевязаннымъ, или подвергнуться операціи? Сортировка отвѣчаетъ на вопросы на каждый слѣдующій день. Конечно, при желаніи, можно особо отмѣчать подлежащихъ операціи. Мнѣ не казалось это необходимымъ, ибо при наплывѣ раненыхъ во время ихъ поступленія операціи идутъ въ рядъ съ перевязками, при перевязкахъ обнаруживается необходимость операціи, слѣдовательно однообразная отмѣтка двухъ категорій раненыхъ не вноситъ путаницы.

Въ августѣ 1914 г. я былъ взятъ съ владимірскимъ этапнымъ лазаретомъ кр. кр. въ Insterburg'ѣ, гдѣ лазаретъ и развернулся. Принимая довольно большое количество раненыхъ, я пришелъ къ заключенію о необходимости ввести цвѣтную систему, отвѣчающую на вышепоставленные вопросы. Для практическаго разрѣшенія вопроса, я просилъ сестру граф. О. В. Бенингсенъ купить четырехъ цвѣтовъ бумагу, случайно были пріобрѣтены бѣлая, желтая, синяя и зеленая бумаги. Были заготовлены квадратные куски (приблизительно по 15 сант. въ сторонѣ) бумаги каждаго цвѣта въ большомъ количествѣ. Было условлено, что бѣлый билетъ будетъ обозначать раненаго, подлежащаго эвакуаціи безъ послѣдующей перевязки; желтый—обозначать раненаго, который до эвакуаціи подлежитъ перевязкѣ; синій—раненаго, который остается въ лазаретѣ безъ перевязки на слѣдующій день; наконецъ зеленымъ билетомъ снабжался раненый, остающійся въ лазаретѣ, но нуждающійся или въ перевязкѣ, или въ операціи.

Техника сортировки до крайности проста. Въ перевязочно-операціонной на какомъ-либо столѣ лежатъ кучи билетовъ всѣхъ четырехъ цвѣтовъ. Всякій раненый, прошедшій черезъ операціонно-перевязочную, снабжается соотвѣтствующимъ билетомъ. Если извѣстно, что эвакуація произойдетъ въ опредѣленномъ часу, для подготовки къ ней раненыхъ достаточно перевязать раненыхъ съ желтыми билетами и перемѣнить имъ при перевязкѣ билеты на бѣлые, чтобы дѣло было закончено. Когда наступаетъ моментъ эвакуаціи, то нѣтъ ни суеты, ни спѣшки, ни недоразумѣній: весь персоналъ лазарета да и всѣ раненые знаютъ, кто подлежитъ эвакуаціи.

Когда наступаетъ очередь для перевязки остающихся въ лазаретѣ-госпиталѣ, то требуешь въ перевязочно-операціонную всѣхъ, снабженныхъ зелеными билетами. Опять дѣло крайне упрощается. Сами раненые, быстро привыкающіе къ значенію

цвѣтовъ, напоминаютъ о себѣ и успокаиваются тогда, когда подлежащіе перевязкѣ будутъ дѣйствительно перевязаны.

Понятно, что приходится слѣдить за правильной смѣной цвѣтовъ. Я уже упомянулъ, что у подлежащихъ эвакуаціи по смѣнѣ повязки желтый билетъ мѣняется на бѣлый. Такъ же точно перевязанный съ зеленымъ билетомъ, подлежащій дальнѣйшему оставленію въ лазаретѣ, но не подлежащій, напр. перевязкѣ на слѣдующій день, получаетъ въ перевязочно-операціонной вмѣсто прежняго зеленаго синій билетъ. Имѣвшій зеленый билетъ или синій, подготовленный наконецъ къ эвакуаціи, получаетъ бѣлый билетъ.

Само собой разумѣется, я не настаиваю на значеніи опредѣленныхъ цвѣтовъ. Я только обращаю вниманіе на значеніе для лазаретно-госпитальной службы, при большомъ наплывѣ раненыхъ, четырехцвѣтной системы сортировки раненыхъ. Во избѣжаніе могущихъ возникнуть и при цвѣтной системѣ сортировки недоразумѣній нельзя не упомянуть слѣдующаго. Допустимъ, раненому данъ синій билетъ, обозначающій, что данный раненый не подлежитъ перевязкѣ на слѣдующій день, но этотъ раненый можетъ подлежать перевязкѣ черезъ день или черезъ два дня. Чтобы не спутать время, въ которое раненому придется подвергнуться перевязкѣ, чтобы оріентироваться въ этомъ вопросѣ, нельзя не рекомендовать на билетахъ (особенно—синихъ) выставлять число его выдачи. Пока сортировка касается внутренней жизни госпиталя или лазарета, пока раненыхъ можно выдерживать до тѣхъ поръ, что они окажутся подлежащими эвакуаціи въ глубокій тылъ,—до тѣхъ поръ четырехцвѣтная система сортировки вполнѣ удовлетворяетъ. Однако военная обстановка такова, что иногда изъ лечебныхъ заведеній приходится эвакуировать и такихъ раненыхъ, которымъ слѣдовало бы еще оставаться на мѣстѣ. Въ подобныхъ случаяхъ сейчасъ же возникаетъ вопросъ объ эвакуаціи различныхъ категорій раненыхъ на различное разстояніе по направленію къ тылу. Дѣло, конечно, госпиталя или лазарета рѣшить вопросъ о томъ, кто изъ раненыхъ можетъ перенести дальнюю эвакуацію, и кого желательно оставить въ лечебныхъ заведеніяхъ

ближайшаго тыла. Подобные вопросы не могутъ рѣшаться безъ обращенія вниманія на длину эвакуаціонной линіи и на время, потребное для прохожденія послѣдней. Во всякомъ случаѣ, на рукахъ даннаго лечебнаго заведенія, поставленнаго крайними обстоятельствами въ необходимость эвакуировать всѣхъ раненыхъ, можетъ оказаться нѣкоторое количество, которое оказывается желательнымъ оставить въ ближайшемъ тылу. Подобное обстоятельство чаще можетъ произойти при отступленіи арміи, рѣже—при наступленіи. Въ послѣднемъ случаѣ дѣло хирургической тактики предусмотрѣть невозможность такого положенія вещей, ибо оно было вредно для нѣкоторыхъ категорій раненыхъ. Но разъ такая возможность имѣется,—думаю, необходимо тѣхъ эвакуируемыхъ раненыхъ, которыхъ надлежитъ оставлять въ ближайшемъ тылу, снабжать особаго цвѣта билетами, напр. красными.

Такимъ образомъ, окажется, что красный цвѣтъ повсюду будетъ обозначать раненыхъ, на которыхъ слѣдуетъ обратить вниманіе каждаго ближайшаго тыла.

Если я говорю о примѣненіи цвѣтной системы сортировки раненыхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ, то подразумѣваю не только передовыя лечебныя заведенія (куда относятся лазареты дивизій, подв. лазареты частныхъ организацій, пол. подв. госпитали), но и тыловыя учрежденія, напр., запасные госпитали и госпитали частныхъ организацій. Въ послѣднихъ цвѣтная система окажется опять полезной тогда, когда госпиталь будетъ переполненъ вновь прибывающими ранеными, ориентироваться среди которыхъ и запомнить которыхъ сразу, можетъ быть, не всегда окажется возможнымъ.

Факты показываютъ, что безъ цвѣтной системы сортировки раненыхъ трудно обойтись не только въ лечебныхъ заведеніяхъ, но и на эвакуаціонныхъ пунктахъ, будь то головной или тыловой пунктъ. Въ этомъ меня убѣдилъ опытъ посѣщенія эвакуаціонныхъ пунктовъ какъ юго-западнаго, такъ и сѣвернаго фронтовъ.

Вопросъ о сортировкѣ раненыхъ на головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ представляется довольно сложнымъ. Сложность

его особенно рѣзко сказывается при большихъ боляхъ, значитъ, при большихъ наплывахъ раненыхъ. При разсмотрѣніи сортировки раненыхъ на этихъ пунктахъ, нельзя упускать изъ вида значенія: 1) самого пункта, 2) приданныхъ ему госпиталей. Касательно сортировки въ послѣднихъ я не имѣю ничего прибавить къ тому, что уже было сказано относительно сортировки въ лечебныхъ заведеніяхъ. На сортировкѣ же на самихъ пунктахъ приходится остановиться, ибо эта сортировка представляетъ нѣкоторыя особенности.

Для сортировочной работы головного эвакуаціоннаго пункта имѣетъ первенствующее значеніе его большая или меньшая удаленность отъ позицій. Когда голов. эвак. пунктъ придвинутъ къ позиціямъ на разстояніе 10-15 верстъ, то сортировка будетъ отличаться отъ того случая, когда голов. эвак. пунктъ отодвинутъ на разстояніе 30-50 верстъ отъ позицій. Разница заключается въ томъ, что въ первомъ случаѣ пунктъ имѣетъ дѣло со свѣжими ранеными, во второмъ—съ ранеными нѣсколькихъ дней давности, т.-е. въ большомъ количествѣ случаевъ—съ осложненными ранами.

Представимъ себѣ на первый разъ мощный головной эвакуаціонный пунктъ придвинутый къ позиціямъ на разстояніе 10-15 верстъ. Такіе пункты, къ счастью, имѣются. Подъ мощностью пункта понимаю: 1) оборудованіе пункта въ смыслѣ возможности широкой оперативно-хирургической дѣятельности, 2) наличіе при пунктѣ большихъ пріемниковъ для раненыхъ. Въ задачу пункта войдетъ сортировка раненыхъ на такихъ, которые подлежатъ оставленію въ госпиталяхъ пункта для леченія, и на такихъ, которые подлежатъ немедленному оперативному пособію на пунктѣ въ виду ихъ крайней тяжести, т.-е. прежде всего необходимо выдѣлить группы раненыхъ, не подлежащихъ эвакуаціи. Какъ разъ эти раненые, особенно подлежащіе направленію въ госпитали пункта, могутъ сортироваться съ болѣе спеціальныхъ точекъ зрѣнія.

Мнѣ представляется, что въ томъ случаѣ, когда головной эвакуаціонный пунктъ располагаетъ достаточнымъ количествомъ хирургическихъ лечебныхъ заведеній, выгодно въ

отдѣльныхъ госпиталяхъ или лечебныхъ заведеніяхъ сконцять раненыхъ со спеціальными раненіями или въ спеціальныя анатомическія области. Мнѣ представляется выгоднымъ специализировать хирургическіе госпитали для леченія спеціальныхъ раненій. Такъ, напр., въ одномъ лечебномъ заведеніи сконцять раненыхъ въ полость живота или съ раненіями живота вообще, въ другомъ—съ раненіями грудной клѣтки, въ третьемъ—съ раненіями черепа, въ пятомъ—съ раненіями костей конечностей. Я говорю примѣрно; коррективы къ примѣрамъ ввести не трудно, но нѣкоторая спеціализація лечебныхъ хирургическихъ учрежденій, спеціализація по отдѣльнымъ хирургическимъ вопросамъ представляется мнѣ выгодной, во первыхъ, для раненыхъ, во-вторыхъ, съ чисто научной точки зрѣнія, съ точки зрѣнія изученія спеціальныхъ вопросовъ.

Кое-гдѣ спеціализація встрѣчается, и ее мнѣ остается только привѣтствовать. Къ сожалѣнію, я пока не могу указать, насколько понимаю, мѣста, гдѣ планъ такой сортировки былъ принятъ. Но онъ былъ принятъ,—и этого пока достаточно.

Беря въ разсмотрѣніе цѣлую армію, идя отъ полковыхъ перевязочныхъ пунктовъ къ перев. отрядамъ, лазаретамъ дивизій, полев. подв. госпиталямъ и голови. эвакуаціоннымъ пунктамъ, возможно выработать цѣлый планъ сортировки раненыхъ, принимая въ соображеніе вопросы леченія и вопросы эвакуаціи, т.-е. разрѣшить хирургически-тактическую задачу, въ основаніи которой будетъ лежать тщательная сортировка раненыхъ, даже дробная сортировка раненыхъ. И это въ значительной мѣрѣ осуществимо.

Въ прошломъ я указалъ, что среди раненыхъ, доставляемыхъ на головной эвакуаціонный пунктъ, выдѣляется прежде всего группа подлежащихъ хирургическому леченію, а потому не подлежащихъ немедленной эвакуаціи. Но рядомъ съ такой группой появляется не меньшая—часто большая—группа раненыхъ, которые могутъ быть эвакуированы, часть которыхъ до эвакуаціи подлежитъ только перевязкѣ, часть которыхъ подлежитъ подачѣ оперативно-хирургическихъ пособій.

Отсюда становится понятнымъ, что при головн. эвакуаціон-

номъ пунктѣ нельзя не имѣть сортировочной перевязочной, ибо на самомъ дѣлѣ нельзя же сортировать раненыхъ на глазъ. Я вовсе не настаиваю на необходимости всѣхъ раненыхъ, прибывающихъ на головной эвакуаціонный пунктъ, перевязывать. Но что многіе изъ нихъ—отчасти съ цѣлью сортировки, отчасти съ цѣлью этаннаго леченія—должны быть перевязываемы, это не подлежитъ сомнѣнію. Впрочемъ, объ этомъ вопросѣ я буду говорить подробно въ главѣ о головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ.

Слѣдовательно, на головномъ эвакуаціонномъ пунктѣ раненые сортируются на нѣсколько группъ. Понятно, что плодъ сортировки въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя не фиксировать цвѣтной системой. Опять вопросъ о примѣнимости—вѣрнѣе, необходимости—цвѣтной системы возникаетъ въ моменты большихъ наплывовъ раненыхъ. Какіе выбрать цвѣта для обозначенія тѣхъ или другихъ раненыхъ, это вопросъ уже слишкомъ частный. Если я его касался въ прошломъ изложеніи, то тѣмъ самымъ намѣтилъ схему; остальное не такъ сейчасъ важно. Въ интересахъ единства обозначенія позволю себѣ только сказать слѣдующее: если появляется надобность нѣкоторыхъ эвакуируемыхъ съ головного эвакуаціоннаго пункта раненыхъ оставить въ ближайшемъ тылу по эвакуаціонной линіи, то этихъ раненыхъ, казалось бы, также слѣдуетъ отмѣчать красной помѣткой.

Когда голови. эвакуаціонный пунктъ отодвинуть въ тылъ отъ позицій на 30—50 верстъ, то раненые на пунктъ попадаютъ въ большинствѣ случаевъ санитарными поѣздами временнаго или постояннаго типа. Если на пунктѣ производится перегрузка раненыхъ, то задача сортировки приблизительно совпадаетъ съ только что разобранной. Когда на пунктъ сдается лишь часть раненыхъ, то дѣло упрощается, ибо остается только распредѣлить сданныхъ раненыхъ по лечебнымъ заведеніямъ.

Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что и тыловой эвакуаціонный пунктъ стоитъ передъ разрѣшеніемъ вопросовъ сортировки раненыхъ, подобныхъ вопросамъ головного эвакуаціоннаго пункта. Въ самомъ дѣлѣ, тыловому эвакуаціонному пункту приходится рѣшить, кого изъ раненыхъ нужно отправить въ свои

лечебныя заведенія, кому изъ раненыхъ подать немедленную оперативную помощь, кого изъ раненыхъ эвакуировать дальше въ тылъ, оказавъ имъ то или иное пособіе. Нельзя забывать, что дѣятельность какъ головного, такъ и тылового эвакуаціонныхъ пунктовъ въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ силы эвакуаціи. Разъ послѣдняя оказывается недостаточной, то какъ тотъ, такъ и другой, пункты даютъ пріютъ раненымъ. И въ отношеніи раненыхъ, которыхъ пунктъ долженъ пріютить на короткій срокъ въ своихъ пріемникахъ, снова поднимаются вопросы о томъ, кого изъ раненыхъ перевязать и когда и т. д. Очевидно, что, при большихъ скопленіяхъ раненыхъ, подобные вопросы гораздо легче разрѣшаются, когда примѣняется цвѣтная система сортировки раненыхъ. Такую цвѣтную систему сортировки мнѣ приходилось встрѣчать какъ на головныхъ, такъ и на тыловыхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ.

Не касаясь цвѣтной системы въ интересахъ сортировки и больныхъ, съ чѣмъ приходится считаться какъ головнымъ, такъ и тыловымъ эвакуаціоннымъ пунктамъ, приведу то, что относится къ раненымъ. На одномъ головномъ эвакуаціонномъ пунктѣ красный билетъ выдавался раненымъ, подлежащимъ оставленію въ госпиталяхъ; бѣлый—подлежащимъ эвакуаціи. На другомъ голови. эвак. пунктѣ всѣ раненые снабжались краснымъ билетомъ. Послѣдній способъ сортировки явно неудовлетворителенъ.

На одномъ изъ очень хорошо оборудованныхъ тыловыхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ красная карточка выдавалась раненымъ, подлежащимъ отправленію въ лечебныя заведенія пункта, синяя—раненымъ, подлежащимъ эвакуаціи, бѣлая—раненымъ, направляемымъ въ команду выздоравливающихъ.

Изъ этого небольшого перечня видно, что потребность въ цвѣтной системѣ сортировки несомнѣнно имѣется. Безъ этой системы оказывается положительно трудно (и даже, я бы сказалъ, невозможно) удовлетворительно выйти изъ предъявляемыхъ самой жизнью требованій. Я лично былъ вынужденъ прибѣгнуть къ цвѣтной системѣ довольно скоро послѣ начала войны; къ цвѣтной же системѣ сортировки раненыхъ въ лечебныхъ

заведеніяхъ во время наплыва раненыхъ я прибѣгалъ и впослѣдствіи. Независимо отъ меня, къ цвѣтной системѣ сортировки прибѣгаютъ головные и тыловые эвакуаціонные пункты. Сама жизнь, такимъ образомъ, вводитъ эту систему постепенно, но настойчиво. Такъ какъ цвѣтная система для своего примѣненія не требуетъ ни лишняго писанія, ни, слѣдовательно, лишней траты времени, то она охотно примѣняется; такъ какъ эта система не требуетъ затраты времени и труда для ея усвоенія, такъ какъ она быстро усваивается и является наглядной, то я положительно продолжаю ее рекомендовать для болѣе широкаго использованія. Какъ я говорилъ нѣсколько разъ, такъ и теперь въ заключеніе повторю слѣдующее: для правильнаго веденія этапнаго леченія необходима извѣстная связь между врачебнымъ персоналомъ различныхъ лечебныхъ поясовъ дѣйствующей арміи; связь можетъ быть установлена довольно солидная при помощи снабженія раненыхъ особыми карточками, на которыхъ производятся спеціальныя надписи.

Всякому понятно, что примѣненіе такихъ сортировочныхъ карточекъ встрѣчаетъ всякое сочувствіе; карточки эти и примѣняются, но цвѣтная система сортировки желательна потому, что ея обозначенія сами бросаются въ глаза. А когда видишь передъ собой потоки раненыхъ, тогда для сортировки ихъ нуженъ способъ, рѣзко отличающій одного раненаго отъ другого, ясно и отчетливо указывающій, чему подлежитъ каждый отдѣльный раненый.

V. ПЕРЕДОВОЙ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ ПУНКТЪ.

Передовой перевязочный пунктъ, будь онъ полковой или частной организаціи, есть первый этапъ хирургической помощи раненымъ, этапъ очень и очень большого значенія. Впереди отъ передового перевязочнаго пункта имѣетъ мѣсто «самопомощь», помощь санитаровъ, въ лучшемъ случаѣ помощь фельдшеровъ. Нельзя не понять, что и «самопомощь» должна приносить пользу, но, съ другой стороны, она можетъ приносить и вредъ, дѣлая грубыя ошибки. Наложеніе индивидуаль-

ныхъ пакетовъ на рану резиновой оболочкой внутрь, конечно, есть результатъ неправильно поданной «самопомощи», неправильно понятаго значенія первичной помощи. Само собой разумѣется, что хорошо подготовленные санитары и фельдшера не позволятъ себѣ извратить все значеніе индивидуальныхъ пакетовъ. Отсюда слѣдуетъ, до какой степени важно хорошо подготовлять и тѣхъ и другихъ. Думаю, что въ этомъ отношеніи можно многаго добиться, многое въ этомъ отношеніи и дѣлается.

Во время своихъ командировокъ мнѣ приходилось посѣщать сформированныя при войсковыхъ частяхъ на позиціяхъ школы фельдшеровъ. Совершенно неожиданно для подготовляемыхъ я производилъ имъ какъ бы экзамены. Долженъ отмѣтить, что отвѣты получалъ самые толковые; получалъ ихъ потому, что врачи, ведущіе преподаваніе, вкладывали въ дѣло много ума, энергіи и любви къ дѣлу, а обучающіеся оказывались способными и интересующимися преподаваніемъ.

Эти замѣчанія я позволилъ себѣ предпослать, такъ какъ въ общей системѣ подачи помощи раненымъ первоначальной помощи приходится отвести не малое мѣсто. Но перехожу къ передовому перевязочному пункту.

Цѣль его работы двоякая: 1) предупредить занесеніе въ полученную рану инфекціи, 2) разсортировать раненыхъ. Такъ какъ о второй цѣли рѣчь шла въ предыдущей главѣ, то остается заняться первой цѣлью.

Если зараженіе въ рану не занесено, передовой перевязочный пунктъ долженъ предупредить зараженіе раны, если зараженіе занесено самимъ раненіемъ—предупредить занесеніе вторичной инфекціи.

Всякая современная хирургическая работа, связанная съ леченіемъ ранъ, складывается изъ выполненія цѣлаго ряда то болѣе мелкихъ, то болѣе крупныхъ мѣропріятій. Каждое изъ этихъ мѣропріятій, сколь бы ни казалось оно малозначащимъ, имѣетъ свой смыслъ. Всѣ мѣропріятія, взятыя вмѣстѣ, представляютъ собой замкнутую цѣпь, въ которую можно вносить улучшенія, но изъ которой нельзя выкинуть, какъ лишнее, какого-либо акта. Сумму всѣхъ мѣропріятій по воспрепятство-

ванію заражепія раны я называю хирургической профилактикой, т.-е. предупрежденіемъ зараженія раны съ того момента, когда она попала подъ наблюденіе хирурга или не хирурга-врача.

Главная задача перед. перев. пункта и есть проведеніе по отношенію къ ранамъ хирургической профилактики. Отъ основъ профилактики нельзя на перед. перев. пунктѣ отказаться потому, что на этомъ пунктѣ предрѣшается судьба теченія многихъ сравнительно несложныхъ раненій, предрѣшается судьба теченія и болѣе сложныхъ ранъ. Если при первичной обработкѣ раны, въ нее инфекція не внесена, то теченіе ранъ—одно; если занесена вторичная зараза, теченіе—совсѣмъ иное.

Слѣдовательно, приступая къ работѣ на перед. перев. пунктѣ, надо предусмотрѣть всѣ тѣ возможности зараженія ранъ, которыя вообще имѣются, и эти возможности предотвратить.

Самый частый источникъ зараженія ранъ находится на рукахъ самихъ хирурговъ или на рукахъ тѣхъ лицъ, которыя приходятъ въ непосредственное или посредственное съ поверхностью раны соприкосновеніе. Имѣя это въ виду, слѣдуетъ въ первую голову устранить наиболѣе опасный источникъ зараженія. Значитъ, лицамъ, такъ или иначе приходящимъ въ соприкосновеніе съ раной, нужно имѣть безусловно чистыя руки, чистыя, конечно, въ хирургическомъ смыслѣ. Теоретически простое требованіе практически именно въ отношеніи перед. перев. пунктовъ осуществляется не безъ затрудненій.

Если мыть руки такъ, какъ этого требуютъ правила, то, при усиленной работѣ съ большимъ количествомъ раненыхъ, отъ рукъ мало что останется: кожа не выдержитъ, потрескается, руки придутъ въ негодность. Къ счастью, со временъ русско-японской войны было указано средство достичь надежной чистоты рукъ. Средство это было указано проф. Цеге-фонъ-Мантейфелемъ. Оно заключается въ примѣненіи стерилизованныхъ резиновыхъ перчатокъ. Примѣненіе послѣднихъ, дающее вообще необыкновенный выигрышъ въ хирургической профилактикѣ, даетъ выходъ для работы какъ въ передовыхъ перевязочныхъ

пунктахъ, такъ и во всѣхъ хирургически-лечебныхъ поясахъ дѣйствующей арміи.

Резиновыя перчатки выгодно имѣть заготовленными заранѣе: ихъ слѣдуетъ заранѣе простерилизовать въ автоклавѣ, причемъ стерилизовать каждую пару въ отдѣльномъ полотняномъ мѣшкѣ. Въ мѣшкахъ перчатки и хранятся до употребленія. Если, по случайнымъ обстоятельствамъ, такихъ стерилизованныхъ перчатокъ нѣтъ, то перчатки можно приготовить кипяченіемъ въ теченіе 10—15 минутъ.

Слѣдовательно, тотъ, кто занимается обработкой окружности раны и самой раной, можетъ имѣть не только чистую, но стерильную поверхность рукъ. Думаю, нѣтъ необходимости напоминать, что передъ надѣваніемъ перчатокъ все же слѣдуетъ руки основательно вымыть стерильными щетками съ теплой водой и мыломъ, какъ это водится.

Когда раненые идутъ серіей одинъ за другимъ, причемъ идутъ все свѣжіе раненые, то перчатки довольно долго не смѣняются. Отъ времени до времени ихъ можно протереть спиртомъ, отъ времени до времени, если онѣ запачканы кровью, ихъ слѣдуетъ, не снимая съ рукъ, вымыть горячей водой съ мыломъ и щетками и затѣмъ протереть спиртомъ. Перчатки снимаются и надѣваются другія стерилизованныя обязательно тогда, когда въ рядъ со свѣжими ранами попадаетъ зараженная рана. Послѣ ея перевязки перчатки скидываются.

Чтобы дольше сохранить перчатки чистыми при работѣ на передовомъ перев. пунктѣ, слѣдуетъ всячески стараться производить манипуляціи при помощи инструментовъ.

Ясно, что необходимо облечь въ перчатки и то лицо, которое подаетъ инструменты и перев. матеріалъ. Такимъ образомъ предотвращается опасность и посредственнаго соприкосновенія съ поверхностью раны загрязненныхъ или не совсѣмъ чистыхъ рукъ. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ сдѣлать нѣсколько шаговъ впередъ.

Мнѣ неоднократно приходилось сталкиваться съ такой постановкой дѣла: фельдшеръ или сестра милосердія моютъ свои руки, затѣмъ срѣзаютъ повязку и приступаютъ къ перевязкѣ раны. Всякому, понимающему смыслъ хирургической профилактики, ясно, что срѣзаніе поверхностныхъ слоевъ

повязки несетъ съ собой обязательное загрязненіе рукъ. Въ интересахъ профилактики слѣдуетъ съ самаго начала работы выдѣлить одно-два или болѣе лицъ (смотря по размѣрамъ работы), которыя занимались бы только срѣзываніемъ наружныхъ слоевъ повязки, и если бы затѣмъ участвовали въ перевязкѣ, то въ качествѣ поддерживающаго раненую часть или что-нибудь въ этомъ родѣ. Сумма вреда, который можетъ быть причиненъ раненымъ нечистыми руками, не поддастся даже опредѣленію.

Инструменты и перевязочный матеріалъ, передаваемые для производства перевязокъ, должны передаваться, когда передачей завѣдуетъ особое лицо, при помощи стерильныхъ инструментовъ. Такимъ образомъ посредственное соприкосновеніе съ поверхностью раны персонала, участвующаго въ перевязкѣ, еще уменьшается. Если такое лицо, завѣдующее передачей инструментовъ или матеріала, какъ сказано выше, облечено въ перчатки, то тѣмъ инфекція съ рукъ персонала устраняется.

Второй источникъ возможнаго непосредственнаго зараженія раны заключается въ хирургическомъ инструментаріи. Поэтому понятно, что стерилизація инструментовъ постоянно обращала и обращаетъ на себя самое серьезное вниманіе хирурговъ. Нѣтъ рѣшительно никакой причины отказываться отъ тѣхъ способовъ приготовленія инструментовъ, которые давно уже освѣщены наукой и приняты практикой. Вслѣдствіе этого нельзя не протестовать противъ примѣняемой иногда дезинфекціи инструментовъ растворомъ карболовой кислоты или спиртомъ. Въ первомъ случаѣ не достигается часто стерильность, а инструменты портятся, во второмъ случаѣ приставшая къ инструментамъ кровь легко свертывается, въ сверткахъ крови могутъ остаться микроорганизмы; результатъ—попятецъ. Въ виду сказаннаго единственнымъ способомъ стерилизаціи инструментовъ и на передовомъ перев. пунктѣ нужно считать кипяченіе инструментовъ, преимущественно въ содовомъ растворѣ. Во время производства перевязокъ раненыхъ долженъ все время кипѣть стерилизаторъ для инструментовъ, дабы инструменты безъ потери времени снова кипятить. Нельзя забывать,

что передъ опусканіемъ инструмента въ кипящій растворъ, инструментъ, запачканный кровью, обязательно нужно протереть. Иначе кровь на инструментѣ подъ вліяніемъ кипящей жидкости можетъ свернуться, а внутри свертка можетъ остаться нѣкоторое количество микробовъ, хотя и ослабленныхъ въ своей вирулентности, но еще способныхъ привиться къ ранѣ. Какъ выше сказано, съ прокипяченными инструментами приходятъ въ соприкосновеніе руки, облеченныя въ перчатки, и то при помощи инструментовъ же, т.-е. при помощи щипцовъ для извлеченія инструментовъ.

Если добиваться конечнаго разрѣшенія вопроса о стерилизаціи инструментовъ, то нельзя не замѣтить слѣдующаго: на ряду со свѣжими ранеными на передовые пункты могутъ попадать и иногда попадаютъ раненые съ зараженными ранами. При этомъ могутъ быть раненые и съ особо вирулентными микробами, или съ микробами, обладающими спорами. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ инструменты послѣ перевязки подобныхъ раненыхъ должны быть кипячены особо, дабы избѣжать малѣйшей опасности перенесенія инфекціи съ одной раны на другую. Отсюда слѣдуетъ, что на перед. перев. пунктѣ слѣдуетъ имѣть 2 стерилизатора для инструментовъ: одинъ побольше для всѣхъ инструментовъ, другой поменьше для инструментовъ послѣ перевязки зараженныхъ ранъ. Очевидно, что инструменты послѣ зараженныхъ ранъ слѣдуетъ кипятить въ маломъ стерилизаторѣ не менѣе получаса, а затѣмъ добавочно прокипятить въ общемъ стерилизаторѣ. Иначе при спѣшкѣ, при необходимости постоянно пользоваться инструментами изъ общаго стерилизатора трудно услѣдить за тѣмъ, чтобы всѣ инструменты кипятились по полчаса. Разъ же за этимъ не услѣдить, то возникаетъ несомнѣнная опасность разнесенія зараженія ранъ.

Мнѣ бы хотѣлось сказать еще два слова касательно инструментовъ, использованныхъ съ цѣлью перевязокъ ранъ, осложненныхъ газовой гангреной. Понятно, что съ такого рода осложненіями приходится имѣть дѣло и въ другихъ этапахъ хирургической помощи. Но такъ какъ подобныхъ раненыхъ

можно встрѣтить на передов. перев. пунктахъ, такъ какъ здѣсь особенно легко заразить свѣжія раны микробами газовой гангрены, то я и позволяю себѣ остановиться на этомъ вопросѣ сейчасъ же. Наблюденія бактеріологовъ и хирурговъ сходятся въ томъ, что у bac. perfringens имѣются споры, и споры довольно стойкія. Развивать подробно доказательства этому здѣсь не мѣсто. Но разъ это такъ, то возникаетъ серьезная опасность зараженія ранъ газовой гангреной даже инструментами, прокипяченными однократно. Вотъ почему я рекомендовалъ словесно, а теперь хочу отмѣтить это и печатно, что къ инструментамъ, использованнымъ для перевязки газовыхъ гагренъ, нужно относиться очень внимательно: ихъ слѣдуетъ кипятить послѣ употребленія, затѣмъ сутки хранить и послѣ этого опять кипятить. Только въ такомъ случаѣ можно считать ихъ безопасными для дальнѣйшаго использованія въ цѣляхъ перевязки свѣжихъ ранъ.

Слѣдующимъ вопросомъ является вопросъ о перевязочномъ матеріалѣ. Не спорю, что во время позиціоннаго характера сраженій возможно весь перевязочный матеріалъ стерилизовать въ автоклавахъ. Думаю, что имѣть при перед. перев. пунктѣ небольшой автоклавъ желательно. Видѣлъ на полковыхъ перев. пунктахъ примѣненіе автоклава: слѣдовательно, вопросъ могу считать разрѣшеннымъ въ практическомъ отношеніи. Однако, въ согласіи съ большинствомъ хирурговъ, считаю, что центръ тяжести снабженія перед. перев. пунктовъ перевязочнымъ матеріаломъ лежитъ въ заранѣе приготовленномъ стерилизованномъ матеріалѣ въ спеціальныхъ пакетахъ, т.-е. пакетахъ марли, лигнина, ваты, бинтовъ. Обезпложенность этихъ пакетовъ нужно считать достаточной, однако, при томъ непремѣнномъ условіи, когда матеріалъ не загрязняется передъ употребленіемъ.

Для выполненія послѣдняго требованія пакетъ долженъ быть вскрытъ передъ самымъ использованіемъ, а не заранѣе. Въ послѣднемъ случаѣ стерильность матеріала исчезаетъ. Необходимо выдѣлить одно или два лица, судя по размѣрамъ работы, которыя, предварительно очистивъ свои руки, занимаются исключительно срываніемъ частей оболочекъ пакетовъ,

т.-е. занимаются, такъ сказать, обнаженіемъ перев. матеріала. Такъ какъ, сообразно съ вышесказаннымъ, лицо, завѣдующее подачей матеріала, облечено въ стерильныя резиновыя перчатки, то оно извлеченіемъ обнаженнаго матеріала послѣдняго не загрязнитъ. Въ частномъ случаѣ можетъ оказаться, что количество того или иного матеріала для даннаго раненаго велико или форма неудобопримѣнима, такъ что матеріалъ долженъ быть разрѣзанъ. Лицо, завѣдующее въ стерильныхъ перчаткахъ матеріаломъ, можетъ сейчасъ же и приспособить матеріалъ при помощи стерильныхъ ножницъ. Кстати не могу не прибавить, что лично считаю для передовыхъ перевязочныхъ пунктовъ болѣе подходящимъ антисептическій перевязочный матеріалъ.

Если я говорилъ о лицахъ, выдѣленныхъ для срѣзанія и сниманія наружныхъ слоевъ повязокъ, если говорилъ о лицахъ для обнаженія перевязочнаго матеріала, то теперь могу добавить, что эти лица могутъ быть использованы для заключительнаго бинтованія раненаго. Такимъ образомъ, они никоимъ образомъ не придутъ въ соприкосновеніе съ поверхностью раны.

Слѣдующая опасность зараженія раны кроется въ окружающей рану поверхности кожи. Въ обращеніи съ этой поверхностью мнѣ приходилось видѣть рядъ погрѣшностей. О нихъ нужно сказать два слова.

Общимъ принципомъ обработки окружности раны или приготовленія даже операціоннаго поля признано высушиваніе, такъ называемое «дубленіе» кожи. Дабы кожу очистить и выполнить приведенный принципъ, необходимо прежде всего лишить данную поверхность кожи волосъ; для послѣдней цѣли мы пользуемся сухимъ выбриваніемъ волосъ; когда нельзя или трудно выбрить, тогда лучше воспользоваться стрижкой волосъ машинкой. Такъ иногда выгодно поступать съ волосами на головѣ. Когда бритье закончено, тогда окружность раны протирается кускомъ ваты, влажнымъ отъ спирта или бензина, т.-е. умѣренно смоченнымъ тѣмъ или другимъ. Въ заключеніе кожа смазывается іодной настойкой. Вотъ и вся обработка кожи вокругъ раны.

Въ противоположность сказанному мнѣ приходилось (и сравнительно нерѣдко) видѣть протираніе окружности раны комочками марли или ваты, обильно смоченными растворами борной кислоты или сулемы. Съ грязной кожи, обмываемой такимъ образомъ, текутъ струйки грязной жидкости прямо въ рану.

Дальнѣйшіе шаги хирургической профилактики сводятся опять на устраненіе возможности зараженія изъ окружающей обстановки. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ вниманіе одежда окружающихъ, особенно одежда перевязывающихъ. Я, по правдѣ сказать, совсѣмъ не понимаю, чѣмъ руководствуются, когда приступаютъ къ перевязкѣ раненыхъ безъ спеціальныхъ халатовъ. Манипуляціи надъ ранами—выбриваніе, обтираніе, наложеніе перевязочнаго матеріала—требуютъ движеній со стороны манипулирующихъ. При этихъ движеніяхъ вѣроятность стряхиванія съ поверхности одежды пыли, а вмѣстѣ съ ней вирулентныхъ микробовъ, весьма и весьма велика. Чистый бѣлый халатъ такъ уже вошелъ въ хирургическую жизнь, такъ полезенъ въ смыслѣ предотвращенія зараженія ранъ, что отказываться отъ него нѣтъ никакой причины, разъ халатъ имѣется налицо.

Если приходится останавливать вниманіе на значеніи изолированія раны отъ одежды персонала перевязывающаго, то приходится заботиться и о предотвращеніи зараженія раны одеждой самого раненаго. Какъ извѣстно, одежда раненаго съ мѣста ранепія и съ окружности послѣдняго такъ или иначе удаляется, такъ что сама рана обнажается. Для передового перевязочнаго пункта такое обнаженіе въ видѣ правила нужно считать достаточнымъ. Раздѣваніе раненыхъ, закрываніе ихъ чистыми простынями, уединеніе мѣста ранепія отъ всего тѣла при помощи обкладыванія и завертыванія окружности полотенцами или простынями въ условіяхъ работы передового перевязочнаго пункта едва ли достижимы.

Сейчасъ же возникаетъ вопросъ,—разъ это недостижимо, то не оказывается ли все остальное безцѣльнымъ. Такое разсужденіе было бы неправильнымъ.

На передовомъ перевязочномъ пунктѣ мы преслѣдуемъ только цѣли хирургической профилактики. Рана обнажается, чтобы сейчасъ же быть прикрытой стерилизованнымъ матеріаломъ, обнажается на очень короткое время, въ соприкосновеніе съ одеждой раненаго она не приходитъ,—слѣдовательно, отъ наложенія первичной повязки опасность зараженія раны не увеличивается, а уменьшается. Но зато именно тѣ условія, которыя не позволяютъ изолировать мѣсто ранепія, служатъ причиной, почему на передовомъ перевязочномъ пунктѣ не только не могутъ, но и не должны производиться никакія изслѣдованія ранъ ни зондами, ни пальцами. Право на такое изслѣдованіе мы получаемъ тогда, когда можемъ выполнить и послѣднее мѣропріятіе хирургической профилактики, т.-е. изолировать мѣсто ранепія отъ всего тѣла раненаго, изолировать приблизительно такъ, какъ изолируется операціонное поле отъ остальнаго тѣла больного передъ операціей. Въ иныхъ условіяхъ возможность загрязненія раны при изслѣдованіи черезъ изслѣдованіе значительно повышается, почему и противопоказуется.

Наконецъ, мы переходимъ къ окружающей обстановкѣ. Окружающая обстановка можетъ представлять опасность для зараженія раны въ смыслѣ посредственнаго перенесенія инфекціи въ рану черезъ воздухъ. Какъ извѣстно, главная опасность посредственнаго черезъ воздухъ зараженія раны заключается въ слюнѣ, выбрасываемой изо рта манипулирующихъ надъ раной при разговорахъ. Остальныя возможности имѣются, но онѣ довольно-таки незначительны. Отсюда слѣдуетъ, что разговоровъ во время производства перевязокъ нужно допускать, какъ можно, меньше.

Опасность зараженія черезъ воздухъ увеличивается тѣмъ больше, чѣмъ больше пыли въ данномъ помѣщеніи. Само собой разумѣется, что на эту сторону дѣла необходимо обращать вниманіе, а потому при сухой погодѣ при пыльности помѣщенія его слѣдуетъ хорошенько вычистить, а полъ увлажнять. Блиндажная землянка, изба, сарай, не говоря про хорошій домъ, шатеръ,—все это можетъ быть приспособлено для развертыванія перед. перев. пункта.

Въ лѣтнее время въ хорошую погоду нѣтъ ничего лучше, какъ перевязывать раненыхъ подъ открытымъ небомъ, лишь бы уберечься отъ пыли. Однако, бываютъ случаи необыкновенно трудные для развертыванія передовыхъ перев. пунктовъ. Думаю. что наибольшія трудности встрѣчаются въ зимнее время.

Тутъ приходится заботиться не только о хирургической профилактикѣ, но и объ извѣстномъ теплѣ, при которомъ можно вести перевязки и при которомъ нужно содержать раненыхъ. Лѣтомъ дѣло обстоитъ сравнительно просто: разъ раненые перевязаны, то отъ дождя они могутъ укрыться въ любомъ сараѣ. Зимой необходимо согрѣть раненыхъ, одѣть ихъ теплѣе для дальнѣйшей перевозки, ибо иначе, правда, можетъ потеряться значеніе всей хирургической профилактики. Я, напр., не могу забыть одного полкового перевязочнаго пункта, работавшаго на кавказскомъ фронтѣ. Пунктъ развернулся въ дырявомъ зданіи, въ которомъ было холодно для врачей, не только для приносимыхъ съ позицій и продрогшихъ раненыхъ. Я вспоминаю раненаго, правда, умирающаго, который просилъ объ одномъ: согрѣть его. Этого невозможно было сдѣлать. Такія картины тяжелы; на зимнее время ихъ нельзя не принимать во вниманіе.

Говоря объ организаціи передового перевязочнаго пункта, я долженъ остановиться на важномъ вопросѣ объ иммобилизаціи переломовъ конечностей. Здѣсь производится провизорная иммобилизація; проще всего и быстрѣе всего она достигается при помощи лубковъ (деревянныхъ). Какъ извѣстно, существуютъ опредѣленныя правила для иммобилизаціи при переломахъ костей и при поврежденіяхъ суставовъ; основное изъ нихъ сводится къ иммобилизаціи двухъ сосѣднихъ съ мѣстомъ поврежденія суставовъ. Противъ такого правила, при леченіи поврежденій въ тыловыхъ учрежденіяхъ, могутъ быть сдѣланы возраженія, могутъ быть допущены отклоненія, но для цѣлей именно провизорной иммобилизаціи, предшествующей эвакуаціи раненаго, всякое отклоненіе отъ приведеннаго правила должно считаться недопустимымъ, т. к. оно сопровождается излишними мученіями раненаго и приноситъ послѣднимъ вредъ.

Картонъ, фанера могутъ служить цѣлямъ иммобилизаціи; при переломахъ одной кости предплечья или голени, при переломахъ двухъ костей предплечья, даже иной разъ при переломахъ плеча можно достичь приличной иммобилизаціи помощью картона или фанеры. Но наиболѣе тяжкія поврежденія—переломы бедра, поврежденія колѣннаго сустава, переломы обѣихъ костей голени, большая часть переломовъ плеча—требуютъ для своей фиксаціи болѣе солидныхъ средствъ иммобилизаціи.

Такъ какъ, въ согласіи со многими хирургами, я полагаю, что наложеніе иммобилизирующихъ повязокъ (крахмальныхъ и гипсовыхъ) на передовыхъ перев. пунктахъ не должно производиться, то вопросъ объ иммобилизирующемъ матеріалѣ рѣшается просто: тотъ способъ, который годится для иммобилизаціи переломовъ бедра, будетъ годиться для всѣхъ остальныхъ частей тѣла. Можно говорить о всевозможныхъ шинахъ, годныхъ для употребленія на передовыхъ перев. пунктахъ, но наиболѣе простымъ и вполнѣ достаточно прочнымъ иммобилизирующимъ матеріаломъ представляются деревянные лубки соотвѣтствующей длины. Думаю, что этотъ матеріалъ въ особенности слѣдуетъ рекомендовать, такъ какъ онъ можетъ быть заготовляемъ средствами самого перед. перев. пункта. Въ періодъ сравнительнаго затишья каждый пунктъ долженъ заготовить опредѣленное количество деревянныхъ лубковъ различной длины. Насколько я знаю, большинство хирурговъ пришло уже къ такому заключенію, а именно къ предпочтительности деревянныхъ лубковъ для иммобилизаціи переломовъ конечностей и поврежденій суставовъ, не только на передов. перев. пунктахъ, но и нѣсколько дальше въ тылу до головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ.

Далѣе перехожу къ вопросу объ обезболиваніи. Единственно раціональнымъ способомъ на перед. перев. пунктѣ въ видѣ правила нужно считать подкожное впрыскиваніе морфія. Такъ какъ на перед. перев. пунктѣ почти все, что дѣлается, производится при помощи уже приготовленныхъ заранѣе матеріаловъ, причемъ это дѣлается для упрощенія работы пункта и не въ ущербъ хирургической профилактикѣ, то естественно примѣнять морфій

изъ имѣющихся стерилизованныхъ ампуллъ. То же самое относится къ средствамъ, поднимающимъ сердечную дѣятельность.

Итакъ, перед. перев. пунктъ, въ видѣ правила, преслѣдуетъ цѣли хирургической профилактики, провизорной иммобилизаціи и занимается сортировкой раненыхъ. Однако, при такой дѣятельности, въ видѣ исключенія, пункту приходится иногда прибѣгнуть къ той или иной операціи, напр., перевязкѣ кровеноснаго сосуда, къ горлосѣченію. При такихъ обстоятельствахъ сразу возникаютъ вопросы изоляціи операціоннаго поля отъ поверхности тѣла раненаго, и эти вопросы должны быть разрѣшены. Нельзя себѣ представить операціи безъ того, чтобы операціонное поле не было уединено отъ остальной поверхности тѣла. Можетъ быть, раненаго не всегда нужно раздѣть донага, но укрыть его прямо необходимо.

Допускаю, что при позиціонномъ характерѣ борьбы возможно и на передовомъ перев. пунктѣ подавать болѣе сложную оперативную помощь. По крайней мѣрѣ, нѣкоторые полковые перев. пункты, развернутые въ солидныхъ блиндажахъ, производили на меня такое впечатлѣніе, что въ нихъ могутъ быть производимы серьезныя операціи. Практически не могу сказать, возможно ли осуществить предположеніе, но предположеніе считаю себя въ правѣ высказать, ибо осуществленіе предположенія можетъ спасти порядочное количество жизней.

Чтобы не заслужить упрека въ неполнотѣ, я долженъ, хоть въ двухъ словахъ, коснуться регистраціонной стороны дѣла. Сейчасъ я имѣю въ виду не ту запись раненыхъ, которая ведется, а имѣю въ виду нѣчто другое.

Передовой перев. пунктъ есть первый этапъ врачебной помощи, призванный между прочимъ и къ сортировкѣ раненыхъ. Въ прошломъ я отказался отъ сортировки, сопровождаемой статистическими данными, хотя такая сортировка и крайне желательна. Но въ прошломъ я упоминалъ о сортировочныхъ карточкахъ. Упоминалъ объ этомъ потому, что вижу надобность въ такой организаціи дѣятельности передового перев. пункта, которая бы облегчала дѣятельность въ ближнемъ и дальнемъ тылу, чтобы плоды ея дѣятельности служили матеріа-

ломъ ко всему послѣдующему, чтобы съ передового перев. пункта начиналась та связь между лечебными поясами, которая въ высшей степени полезна для дѣла леченія раненыхъ.

Я говорилъ о наиболѣе простѣйшей связи, о цвѣтной системѣ сортировки раненыхъ. Я говорилъ, что эта система служитъ дополненіемъ системы сортировочныхъ карточекъ, въ которыхъ могли бы дѣлаться самыя существенныя помѣтки. Знаю, что во время большого наплыва раненыхъ, можетъ быть, и не удастся провести хорошо дѣло снабженія раненыхъ сортировочными карточками, но вѣдь, помимо большихъ скопленій раненыхъ, имѣются періоды относительныхъ затишій, имѣются періоды небольшихъ боевъ. Думаю, что при такомъ положеніи вещей сортировочныя карточки могутъ выдаваться. Впрочемъ, говорю это теоретически, ибо опыта по работѣ въ перед. перев. пунктѣ личнаго не имѣю.

Общій взглядъ врачей, практически знакомыхъ съ обстановкой боя, сводится къ тому, что пѣтъ необходимости располагать перед. перев. пунктъ на открытыхъ, легко доступныхъ обстрѣлу мѣстахъ. Такой выводъ не есть результатъ боязни медицинскаго персонала и за медицинскій персоналъ. Медицинскій персоналъ, какъ составная часть арміи, умѣетъ рисковать и, если нужно, умирать, но соображенія военнаго характера говорятъ за то, что излишній рискъ, предотвратимыя потери нежелательны.

Расположеніе перед. перев. пунктовъ въ возможно болѣе укрытыхъ мѣстахъ преслѣдуетъ двѣ цѣли: сохраненіе медицинскаго персонала, сохраненіе раненыхъ. Психологія человѣка, получившаго раненіе, во многихъ случаяхъ сводится къ тому, чтобы послѣ раненія уйти въ укрытое отъ обстрѣла мѣсто. Такой психологіей объясняется образованіе во время боя такъ называемыхъ гнѣздъ раненыхъ. Такой психологіей объясняется тотъ фактъ, что раненые сами не идутъ на перед. перев. пункты, находящіеся подъ обстрѣломъ. Правда, бываютъ люди, которые и послѣ раненія не ищутъ прикрытія. Честь имъ и слава,—по такими людьми въ особенности не слѣдуетъ рисковать съ того момента, какъ они выведены изъ строя,

такъ какъ по выздоровленіи они окажутся снова особенно полезными.

Мнѣ думается, что раненыхъ слѣдуетъ какъ можно лучше оберегать отъ новыхъ раненій, безполезныхъ для протекающаго сраженія и вредныхъ для будущаго, какъ въ отношеніи самихъ раненыхъ, такъ и въ отношеніи арміи. Поэтому во время позиціонныхъ сраженій необходимо создавать особо надежныя прикрытія для перед. перев. пунктовъ; при маневренной войнѣ выбирать складки мѣстности, лѣса (однимъ словомъ, наиболѣе безопасныя мѣста), выборъ которыхъ въ итогѣ рѣшается военнымъ начальникомъ.

Стремленіе избавить раненыхъ отъ возможныхъ новыхъ раненій, устраненіе раненыхъ съ цѣлью облегченія маневренной свободы дѣйствующей части заставляетъ стремиться къ возможно быстрой эвакуаціи раненыхъ съ перед. перев. пункта. Этой быстроты эвакуаціи отвѣчаютъ и интересы леченія раненыхъ.

Способы эвакуаціи изъ передового перев. пункта, какъ извѣстно, разнообразны. Способные передвигаться пѣшкомъ, при необходимости къ тому, отправляются пѣшимъ порядкомъ. Раненые въ полость груди и полость живота эвакуируются до главнаго перевязочнаго пункта ручными носилками. Исключеніе изъ правила, на мой взглядъ, можетъ быть допущено тогда, когда къ перед. перев. пункту могутъ быть поданы санитарные автомобили. Въ послѣднемъ случаѣ, въ интересахъ быстраго доставленія раненыхъ въ полость живота и груди для оперативнаго леченія, допустима ихъ эвакуація санитарными автомобилями. Само собой разумѣется, необходимо согласоваться съ состояніемъ дорогъ. То же самое должно относиться къ раненымъ съ эластическими жгутами: ихъ необходимо перекидывать въ ближайшій хирургическій тылъ въ возможно короткій срокъ, поэтому при возможности—автомобилями.

Всевозможныя прочія раненія, какъ требующія, такъ и не требующія оперативной помощи, эвакуируются или автомобилями, или лошадиными транспортами. Мнѣ бы казалось, когда дана возможность выбора, автомобили преимущественно необхо-

димо предоставлять раненымъ, подлежащимъ оперативному лечению, такъ какъ для нихъ выигрышъ нѣсколькихъ часовъ имѣетъ самое серьезное значеніе.

При разсмотрѣніи вопроса объ эвакуаціи, все время приходится оговариваться, такъ какъ вопросъ о выборѣ средствъ эвакуаціи находится въ зависимости отъ состоянія дорогъ. Всѣ мы знаемъ, что автомобильная эвакуація становится иногда прямо невозможной. Особенно гористая мѣстность при отсутствіи разработанныхъ дорогъ ставитъ автомобильную эвакуацію въ крайнее положеніе. Какъ разъ на этотъ случай выручаетъ вьючная эвакуація. И вотъ въ отношеніи вьючной эвакуаціи я долженъ повторить приблизительно то, что сказано относительно автомобильной.

Правда, вьючная эвакуація не совершается такъ быстро, какъ автомобильная, но въ гористой мѣстности она протекаетъ во всякомъ случаѣ быстрѣе колесной. Поэтому, когда возможенъ выборъ въ средствахъ эвакуаціи, я бы стоялъ за то, чтобы раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи, эвакуировать именно вьючными транспортами, а остальныхъ — колесными. Можетъ быть, среди остальныхъ придется въ пользу вьючной эвакуаціи отдать предпочтеніе раненымъ съ переломами нижнихъ конечностей. Но въ общемъ думается, что наиболѣе быстрый и наиболѣе покойный способъ эвакуаціи долженъ быть предоставленъ раненымъ, требующимъ оперативнаго леченія въ ближайшемъ хирургическомъ тылу.

Позволю себѣ не входить въ подробности всѣхъ эвакуаціонныхъ средствъ. Это завело бы слишкомъ далеко. Моя задача состояла въ томъ, чтобы представить вопросы организаціи на перед. перев. пунктѣ. Мнѣ кажется, что для правильной постановки дѣла на перед. перев. пунктѣ вопросы организаціи имѣютъ наибольшее значеніе. Исключая сравнительно рѣдкія оперативно-хирургическія вмѣшательства, хирургическая сторона дѣла на перед. перев. пунктѣ такъ проста, что легко разрѣшима. Но она можетъ быть правильно разрѣшена только тогда, когда работа пункта сорганизована, начиная съ наиболѣе сложныхъ вопросовъ и кончая мелочами.

VI. БЛИЖАЙШІЙ ХИРУРГИЧЕСКІЙ ТЫЛЪ.

Какъ видно изъ прошлой главы, задачи дѣятельности передового перев. пункта не вызываютъ большихъ разногласій среди хирурговъ. Зато разногласія сейчасъ же возникаютъ, какъ заходитъ вопросъ о задачахъ дѣятельности главнаго перевязочнаго пункта. Это и понятно: главный перевязочный пунктъ, во всякомъ случаѣ, можетъ явиться первымъ этапомъ сложной хирургической помощи. Предѣлы этой работы могутъ быть крайне разнообразны, причемъ разнообразіе, на мой взглядъ, находится въ непремѣнной зависимости отъ цѣлаго ряда условій. Мнѣ думается, что въ отношеніи главнаго перевязочнаго пункта трудно сказать что-нибудь разъ навсегда установленное, окончательно рѣшенное. Во всякомъ случаѣ, прежде чѣмъ развивать на этотъ счетъ свои мысли, считаю необходимымъ предпослать мнѣнія компетентныхъ лицъ по этому поводу.

«...Предѣлы хирургическихъ вмѣшательствъ на главныхъ перевязочныхъ пунктахъ, пишетъ проф. Р. Р. Вреденъ, нѣсколько шире, чѣмъ на передовыхъ, причемъ, однако, дѣятельность ихъ безусловно должна сохранять характеръ неотложнаго хирургическаго пособія. Такимъ образомъ, и здѣсь брюшная хирургія должна носить чисто консервативный характеръ... Наиболѣе активную дѣятельность главнымъ перев. пунктамъ приходится проявлять въ отношеніи раненій черепа»... Проф. Н. Н. Бурденко находитъ, что на главномъ перев. пунктѣ «должна происходить главнымъ образомъ сортировка раненыхъ и снабженіе ихъ сортировочными карточками, самая необходимая смѣна повязокъ съ иммобилизаціей конечностей и только такія жизненныя операціи, какъ перевязка кровоточащихъ артерій, трахеотомія и уретротомія». П. П. Потираловскій считаетъ, что главный перев. пунктъ «является въ настоящее время не большой операціонной, а, во-первыхъ, первымъ крупнымъ передовымъ эвакуаціоннымъ пунктомъ и во-вторыхъ, мѣстомъ нахожденія и сосредоточиванія санитарнаго резерва».

Изъ выдержекъ ясно, что взгляды на задачи главнаго перевязочнаго пункта не совсѣмъ отвѣчаютъ другъ другу. Одно

общее, что можно уловить,—это стремленіе ограничить оперативно-хирургическую дѣятельность.

Чтобы лучше подойти къ разрѣшенію вопроса, позволю себѣ остановиться на отдѣльныхъ функціяхъ главныхъ перев. пунктовъ, т.-е. перевязочныхъ отрядовъ дивизій, какъ онѣ представляются на самомъ дѣлѣ, и какъ къ нимъ относятся различные авторитеты. Прежде всего обращусь къ сортировкѣ раненыхъ. Въ настоящее время, въ видѣ правила, раненые прибываютъ въ перев. отрядъ дивизіи изъ полковыхъ перев. пунктовъ перевязанными, но не разсортированными. Спрашивается, какъ ихъ разсортировать, какъ разсортировать раненыхъ, не видя самихъ раненій. Положимъ, часть сбившихся повязокъ приходится перемѣнить; приходится перемѣнить наружные слои промокшихъ повязокъ, но это мало помогаетъ вопросу о сортировкѣ раненыхъ. Для правильной сортировки потребуется всѣхъ раненыхъ, прибывающихъ на главный перевязочный пунктъ, перевязать. Противъ этого естественно возстаютъ хирурги.

Если вопросъ не можетъ быть такъ разрѣшенъ, то приходится вернуться къ сортировкѣ «на глазъ» или къ сортировкѣ эвакуаціонной. И то и другое кажется мнѣ невыгоднымъ для раненыхъ. Я лично въ прошлой главѣ уже пришелъ къ заключенію о полезности сортировки раненыхъ съ лечебной точки зрѣнія. Не вижу иного выхода, какъ тотъ, о которомъ говорилъ, а именно, что сортировка раненыхъ должна начинаться, и плодъ ея долженъ фиксироваться на передовыхъ перев. пунктахъ. Тогда задача главнаго пункта выясняется: онъ долженъ заняться пособіями и дальнѣйшей сортировкой тѣхъ раненыхъ, на которыхъ обращено его вниманіе передовыми перев. пунктами. Переносить сортировку раненыхъ съ передовыхъ перев. пунктовъ на главный—значитъ, на мой взглядъ, спутать функціи тѣхъ и другого и создать положеніе, дѣйствительно часто не разрѣшимое.

Какъ я говорилъ выше, на главный перев. пунктъ приходятъ иногда раненые, минуя передовые перев. пункты. И на этотъ случай главный перев. пунктъ не долженъ быть заваленъ первоначальной сортировочной работой. Для выполненія этой функціи въ распоряженіи перев. отряда дивизіи необходимо имѣть

на случай большого боя передовой перев. отрядъ, который производитъ перевязки, сортпруетъ раненыхъ и направляетъ лишь соотвѣтствующихъ на главный перев. пунктъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (особенно при отступленіи) транспорты съ ранеными изъ полковыхъ перев. пунктовъ уходятъ въ тылъ, минуя перев. отрядъ дивизіи. Такое положеніе наблюдается, напр., незадолго до отхода дивизіи; перев. отряду все же приходится управляться съ ранеными, которые уже раньше ему доставлены. Опять же и въ этихъ случаяхъ сортировка раненыхъ, предпринятая на передовыхъ перев. пунктахъ, облегчитъ работу лазаретовъ дивизій или подв. полев. госпиталей, куда переправляются раненые, минующіе перев. отрядъ дивизіи.

Такимъ образомъ, что лично меня касается, я не считаю правильнымъ свалить всю сортировочную работу раненыхъ на перев. отряды дивизій. Сортировка раненыхъ на главномъ перев. пунктѣ имѣетъ свои спеціальныя заданія, о которыхъ я говорилъ въ одной изъ прошлыхъ главъ.

Теперь перейду къ вопросамъ эвакуаціи. Никакого нѣтъ сомнѣнія, что большинство раненыхъ должно быть эвакуируемо съ главнаго перев. пункта. Но уже положеніе о перев. отрядахъ дивизій предусматриваетъ «оказаніе временнаго пріюта раненымъ и ухода за ними до отправленія ихъ по назначенію». Такая оговорка совершенно правильна. Мнѣ неоднократно приходилось видѣть организованный при перев. отрядѣ временный пріютъ для раненыхъ и уходъ за ними. Такая постановка дѣла выгодна для раненыхъ. Конечно, приходится принимать въ соображеніе характеръ боевъ для того, чтобы болѣе подробно разсматривать затронутый вопросъ.

Во время позиціонной борьбы организація пріюта и ухода за ранеными въ перев. отрядахъ дивизій имѣетъ громадное значеніе. Для примѣра возьму хоть раненія полости живота. Даже противники оперативнаго леченія подобныхъ поврежденій согласны, что эвакуаціи подобныхъ раненыхъ слѣдуетъ, елико возможно, избѣгать. То же относится къ раненіямъ легкихъ. Слѣдовательно, вотъ уже двѣ категоріи раненыхъ, которыхъ при малѣйшей возможности (въ особенности, въ случаѣ

отклоненія оперативной имъ помощи) слѣдуетъ выдерживать при перев. отрядѣ. Сюда, конечно, не трудно присоединить еще нѣкоторыхъ раненыхъ, напр. ампутированныхъ. Мнѣ неоднократно приходилось видѣть подобныхъ раненыхъ задержанными на главныхъ перев. пунктахъ, и долженъ сознаться, такое отношеніе меня всегда радовало.

Во время большихъ боевъ наступательнаго или отступательнаго характера, можетъ быть, не всегда окажется возможнымъ подобныхъ раненыхъ удержать отъ эвакуаціи, но такое отношеніе нужно разсматривать какъ вынужденное, а вовсе не какъ желательное. Наша задача сводится, на мой взглядъ, къ созданію такихъ условій, при которыхъ наиболѣе тяжелыхъ раненыхъ, раненыхъ, для здоровья которыхъ немедленная эвакуація несомнѣнно вредна, не подвергать эвакуаціи въ срокъ наибольшей опасности.

Сдѣлавъ эти оговорки, само собой разумѣется, я всецѣло присоединяюсь къ заключенію о томъ, что перев. отрядъ дивизіи является крупнымъ эвакуаціоннымъ центромъ, что именно при немъ слѣдуетъ сосредоточивать эвакуаціонный резервъ. Если сравнить то, что я сейчасъ говорю, съ тѣмъ, о чемъ говорилъ прежде, то никакихъ противорѣчій и не получается: съ главнаго перев. пункта различныя категоріи раненыхъ эвакуируются на различное разстояніе въ тылъ и различными эвакуаціонными средствами. Выборъ ихъ находится въ зависимости отъ условій, о которыхъ рѣчь уже была.

Остается вопросъ подачи хирургическихъ пособій на главномъ перевязочномъ пунктѣ. Помимо перевязокъ, пособія могутъ быть двухъ родовъ: 1) иммобилизація поврежденныхъ частей, 2) кроваво-оперативныя пособія. Какъ разъ по поводу этихъ вопросовъ я не совсѣмъ понимаю хирурговъ, писавшихъ о работѣ главнаго перевязочнаго пункта. Я не могу понять, почему, напр., слѣдуетъ иммобилизировать переломъ, причемъ не слѣдуетъ, когда это нужно, предпослать иммобилизаціи оперативное пособіе въ видѣ debridement перелома. Я не могу понять, почему нужно стремиться къ остановкѣ кровотеченія и въ то же время не слѣдуетъ стремиться оперативнымъ путемъ

предотвратить зараженіе раны. Я не могу понять, почему на главномъ перев. пунктѣ нужно производить debridement переломовъ черепа и отказываться отъ чревосѣченій. Всѣ эти вопросы въ томъ разрѣшеніи, которое имѣется въ литературѣ, меня лично не удовлетворяютъ.

Проф. Н. Н. Бурденко рекомендуетъ на главномъ перевязочномъ пунктѣ производить только операціи съ жизненными показаніями. Однако, жизненныя показанія далеко выходятъ изъ приведенныхъ имъ примѣровъ. Если считать, что раненія полости живота показуютъ оперативное леченіе (а я именно такъ на дѣло и смотрю), то чревосѣченія окажутся въ рядѣ наиболѣе неотложныхъ оперативныхъ мѣропріятій.

Насколько я понимаю дѣло, количество неотложныхъ операцій при современныхъ бояхъ чрезвычайно велико. Я уже приводилъ въ одной изъ прошлыхъ главъ приблизительный ихъ перечень. Среди неотложныхъ операцій можно при желаніи различать двѣ группы: группу операцій, неотложность которыхъ измѣряется минутами, напр. нѣкоторые случаи горлосѣченій, и группу операцій, неотложность которыхъ измѣряется часами. Однако, и во второмъ случаѣ, чѣмъ раньше произведена операція, тѣмъ, при прочихъ равныхъ условіяхъ, для раненаго, для дальнѣйшаго теченія его раненія, выгоднѣе.

Исходя отсюда, я пришелъ къ заключенію о желательности придвинуть оперативно-хирургическую дѣятельность возможно ближе къ позиціямъ. Противъ такой общей постановки дѣла не возражаютъ хирурги. Между прочимъ, проф. Н. Н. Бурденко предполагаетъ вблизи главнаго перев. пункта имѣть хирургическій отрядъ, но, несмотря на это, отвергаетъ право за перев. отрядомъ дивизіи хирургической работы. Проф. М. И. Ростовцевъ совершенно опредѣленно высказывается за желательность придвинуть оперативно-хирургическую помощь ближе къ позиціямъ.

Вопросъ о хирургической работѣ перев. отрядовъ дивизій рѣшается, на мой взглядъ, слѣдующимъ образомъ. По своему снабженію перев. отрядъ дивизіи есть несомнѣнно хирургическая организація. Не во всѣхъ, но во многихъ перев. отрядахъ

дивизій работаютъ опытные хирурги. Разъ это такъ, то возможность проявленія хирургической работы становится въ зависимость отъ ряда побочныхъ условій.

Въ смыслѣ снабженія, напр., можно сдѣлать нѣкоторыя замѣчанія. Тамъ, гдѣ производятся сложныя операціи, тамъ перев. матеріалъ долженъ имѣть различную и разнообразную форму. Вотъ почему мнѣ думается, что въ перев. отрядахъ дивизій, разъ считать ихъ несущими отвѣтственную оперативно-хирургическую работу, необходимо имѣть автоклавъ. Для работы въ перев. отрядѣ нельзя довольствоваться заранѣе стерилизованными пакетами. Какъ мнѣ извѣстно, во многихъ перев. отрядахъ дивизій автоклавы заведены. Такимъ образомъ, падаетъ и препятствіе къ широкой хирургической дѣятельности со стороны снабженія.

Между тѣмъ, обслѣдованіе фактической стороны дѣла показываетъ, что оперативная дѣятельность перев. отрядовъ дивизій стоитъ довольно низко. Я располагаю свѣдѣніями изъ 11 перев. отрядовъ дивизій за первый годъ войны на юго-западномъ фронтѣ. На 61.316 раненыхъ, прошедшихъ черезъ отряды, произведено 418 операцій, т.-е. % оперируемости равенъ 0,6. При этомъ въ трехъ отрядахъ на 11.642 раненыхъ не произведено ни одной операціи. Наибольшее количество операцій изъ указанныхъ 11 отрядовъ произведено въ одномъ: на 3.694 раненыхъ—123 операціи, т.-е. % оперируемости въ этомъ отрядѣ равенъ 3,3. Одинъ изъ перевязочныхъ отрядовъ на 7.230 раненыхъ наложилъ 345 неподвижныхъ крахмальныхъ повязокъ.

Если смотрѣть на дѣло такъ, что перев. отряды должны заниматься сортировкой и эвакуаціей раненыхъ, то приведеннымъ фактамъ нужно только радоваться. Мнѣ же эти факты показываютъ, что перев. отряды, о которыхъ сейчасъ идетъ рѣчь, не стояли на желаемой хирургической высотѣ.

Мнѣ приходилось посѣщать перев. отряды дивизій, которые вели довольно энергичную хирургическую работу. О такой работѣ есть и литературныя данныя. Достаточно прочитать статью Я. О. Алксне, чтобы убѣдиться, что въ перевязочномъ отрядѣ дивизіи, т.-е. на главномъ перев. пунктѣ, хирурги-

чески-оперативная дѣятельность можетъ идти довольно энергичнымъ темпомъ. Если вспомнить, что Я. О. Аксне считаетъ обязательнымъ производство на главномъ перев. пунктѣ трепанацій черепа, обработку оскольчатыхъ переломовъ костей конечностей, въ межбоевой промежутокъ производство даже чревосѣченій, не говоря, конечно, о горлосѣченіяхъ, остановкѣ кровотеченій и т. д., то станетъ видно, что существуетъ совершенно опредѣленное стремленіе придать главнымъ перев. пунктамъ чисто хирургическое значеніе, значеніе мѣста оказаній сложныхъ хирургическихъ пособій.

Такая дѣятельность перев. отрядовъ дивизій можетъ тормозиться нѣсколькими причинами. Не говоря объ отсутствіи опытнаго хирурга, безъ котораго, понятно, хирургически-оперативная дѣятельность не можетъ идти, приходится задаться рядомъ другихъ вопросовъ и разсмотрѣть дѣятельность перев. отрядовъ дивизій въ связи съ характеромъ боевъ и другими условіями.

Мнѣ кажется, не можетъ быть двухъ мнѣній о томъ, что при позиціонномъ характерѣ борьбы перев. отрядъ дивизіи, разъ во главѣ его имѣется хирургъ, не только можетъ, но и долженъ вести наиболѣе отвѣтственную хирургическую работу по производству операцій надъ ранеными въ полость живота (если данный хирургъ вообще считаетъ такихъ раненыхъ подлежащими оперативному леченію), по выполненію операцій на черепѣ, на оскольчатыхъ переломахъ конечностей и т. д. То же самое можно сказать и про маневренные бои, которые не сопровождаются большимъ наплывомъ раненыхъ.

При этомъ, конечно, нельзя не принять во вниманіе условій развертыванія перев. отряда. Мнѣ пришлось посѣтить большое количество перев. отрядовъ дивизій на различныхъ фронтахъ. За весьма малымъ исключеніемъ, я всюду находилъ такія условія развертыванія, которыя позволяли вести хирургическую работу. Однако, готовъ признать, что въ рядѣ случаевъ перев. отрядъ такъ развертывается, развертывается въ такой мѣстности, въ такомъ помѣщеніи, которыя исключаютъ возможность веденія хирургическихъ операцій.

Далѣе хирургическая дѣятельность зависитъ отъ количества раненыхъ. При большомъ сраженіи наплывъ раненыхъ можетъ быть столь большимъ, что персоналъ перев. отряда дивизіи физически не въ состояніи обслужить раненыхъ, нуждающихся въ оперативномъ пособіи. Я уже нѣсколько разъ отмѣчалъ, что во время боевъ хирурги отказываются отъ производства чревосѣченій, дабы имѣть время управиться съ остальными ранеными. Поднятый вопросъ имѣетъ самое существенное значеніе.

Начать съ того, что при современномъ положеніи вещей, когда раненые прибываютъ на главный перевязочный пунктъ не разсортированными съ лечебной точки зрѣнія, то положеніе главнаго перев. отряда становится крайне затруднительнымъ. Но будемъ разсматривать дѣло такъ, какъ оно есть.

Въ моемъ распоряженіи имѣется только два дневника перевязочныхъ отрядовъ дивизій. Дневники касаются 1914 и 1915 годовъ. Изъ дневниковъ я выбираю тѣ дни, когда черезъ перевязочный отрядъ прошло болѣе 100 человѣкъ въ сутки.

Перев. отрядъ N-ой дивизіи.

Ноября	21-го	202	марта	10-го	132
»	22-го	122	апрѣля	22-го	111
февраля	10-го	147	»	23-го	427
»	11-го	262	»	24-го	321
»	12-го	256	»	25-го	120
марта	5-го	102	»	26-го	100.
»	9-го	158			

Нельзя не отмѣтить, что за работу отряда имѣлось 100 дней, въ которые черезъ отрядъ не прошло ни одного раненаго.

Посмотримъ работу другого отряда съ 30-го января по 3-ье августа 1915 г.

Января	30-го	164	апрѣля	24-го	149
февраля	5-го	145	»	25-го	130
»	25-го	120	мая	13-го	194
марта	27-го	223	»	16-го	221

апрѣля	12-го. . . .	326	мая	18-го . . .	330
»	13-го. . . .	332	»	19-го . . .	104
»	14-го. . . .	170	іюня	11-го . . .	318
»	17-го. . . .	191	»	12-го . . .	113
»	20-го. . . .	130	»	13-го . . .	293
»	21-го. . . .	123	»	17-го . . .	131
»	22-го. . . .	134	»	19-го . . .	271.

За время работы 39 дней раненые въ отрядъ совсѣмъ не поступали.

Изъ сравненія дневниковъ видно, что второй отрядъ, по условіямъ боевой обстановки, работалъ энергичнѣе, чѣмъ первый. Но не въ томъ дѣло. Случайно въ моемъ распоряженіи оказались два дневника. Наибольшій приливъ раненыхъ за сутки измѣряется 427 ранеными. Знаю, что иногда черезъ перевязочный отрядъ за сутки проходитъ гораздо большее количество раненыхъ.

Въ сентябрѣ 1914 года я работалъ съ этапнымъ владимірскимъ лазаретомъ кр. кр. на станціи Олита въ качествѣ главнаго перевязочнаго пункта. За сутки черезъ лазаретъ, развернувшійся въ видѣ хирургическаго отряда, прошло 500 раненыхъ. Насъ работало 3 врача и, если я не ошибаюсь, 15 сестеръ милосердія. Всѣ раненые были перевязаны, нуждающимся были произведены операціи, включая чревосѣченія, нуждающимся были наложены иммобилизирующія повязки. Въ то время я еще накладывалъ гипсовыя повязки. Мною было произведено 15 операцій. Отсюда заключаю, что при большомъ напряженіи, работая безъ сна, безъ смѣны, перев. отрядъ своими силами можетъ обслужить около 500 раненыхъ въ сутки. Въ такомъ духѣ можно продолжать работать и дальше, но все же такая работа, если она идетъ сплошь, напр., цѣлую недѣлю, становится почти не подъ силу. Между тѣмъ мы видимъ, что какъ въ первомъ отрядѣ, такъ и во второмъ (иначе и быть не можетъ), были періоды усиленной работы по 5-7 дней подъ рядъ.

Если цифры проходящихъ черезъ отрядъ раненыхъ еще увеличить, то фактически перев. отрядъ дивизіи окажется не въ состояніи обслужить всѣхъ раненыхъ.

Работа окажется несомнѣнно болѣе плодотворной, если 1) раненые будутъ ранѣе разсортированы, 2) если при перев. отрядѣ будетъ работать передовой отрядъ для перевязокъ и сортировки раненыхъ. Но при большомъ сраженіи, при большой убыли въ дивизіи, при большомъ % ранепыхъ, требующихъ оперативныхъ пособій и пособій по иммобилизаціи конечностей, окажется, что перев. отрядъ опять не справится со своей задачей обслуживанія раненыхъ, нуждающихся въ оперативной и иммобилизирующей помощи.

Сейчасъ мною не приняты во вниманіе свойства сраженія. Принять ихъ во вниманіе необходимо. Будетъ ли сраженіе наступательнаго характера, перев. отрядъ, подавая помощь нуждающимся, можетъ въ каждый данный моментъ получить распоряженіе выступить впередъ. Если сраженіе приводитъ къ отступленію, то положеніе перев. отряда становится еще хуже. Нельзя продолжать оперировать тогда, когда части войскъ отходятъ. Я по личному опыту знаю, что во время отступленій, когда перев. отрядъ расположенъ обычнымъ образомъ, т.-е. верстахъ въ 4 сзади полковыхъ перев. пунктовъ, приходится отказываться отъ производства операцій. Болѣе того, въ наиболѣе критическій моментъ, какъ то, напр., было въ Гумбиненѣ, передъ самымъ отходомъ пришлось заботиться лишь объ исправленіи наиболѣе сбившихся повязокъ; главная забота сводилась къ тому, чтобы погрузить на поѣздъ раненыхъ и не оставлять ихъ врагу. Бываютъ такія исключительныя положенія, при которыхъ хирургическая работа замираетъ временно, но о такихъ моментахъ приходится сожалѣть и стремиться ихъ предупредить.

Подводя итогъ сказанному, я съ принципіальной стороны дѣла признаю за перев. отрядомъ дивизіи (главнымъ перевязочнымъ пунктомъ тожъ) значеніе перваго этапа серьезной хирургической помощи. Полагаю, что, при усовершенствованіи сортировки раненыхъ, во время позиціоннаго характера борьбы, при оборонительномъ боѣ, при среднемъ наплывѣ раненыхъ во время маневренныхъ боевъ главный перевязочный пунктъ можетъ справиться со своей хирургической задачей. На ряду съ этимъ я признаю, что бываютъ моменты—въ особенности при боль-

шомъ сраженіи, будь оно оборонительнаго, наступательнаго или отступательнаго характера, когда перев. отрядъ дивизіи физически не въ состояніи обслужить правильно раненыхъ, нуждающихся въ оперативно-иммобилизаціонной помощи.

Въ главѣ о хирургической тактикѣ я уже говорилъ въ общихъ чертахъ, какъ мнѣ кажется возможнымъ выйти изъ затрудненій. Теперь позволю себѣ дополнить изложеніе нѣкоторыми деталями.

Обслуживаніе раненыхъ распадается на нѣсколько этаповъ. Первый этапъ—подача первичной помощи въ видѣ первичной перевязки и провизорной иммобилизаціи. Для многихъ раненыхъ первичная помощь не можетъ ограничиться рамками наложенія первичной перевязки или провизорной иммобилизаціи. Для многихъ раненыхъ первичная помощь заключается въ примѣненіи оперативнаго вмѣшательства, которое часто кончается опять иммобилизаціей раненой части.

Для обслуживанія послѣдней категоріи раненыхъ необходимъ ближайшій хирургическій тылъ. Какъ изложено въ настоящей главѣ, по цѣлому ряду основаній такимъ ближайшимъ хирургическимъ тыломъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ слѣдуетъ считать перевязочный отрядъ дивизіи, т.-е. главный перев. пунктъ. Въ другихъ случаяхъ хирургическій тылъ долженъ быть организованъ болѣе широко, къ организаціи его приходится привлекать лазареты дивизій, подв. лазареты кр. кр., наконецъ, полев. подв. госпитали.

Чтобы говорить о привлеченіи перечисленныхъ сейчасъ лечебныхъ заведеній къ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла, слѣдуетъ разсмотрѣть работу ихъ, какъ она идетъ сейчасъ. Въ моемъ распоряженіи имѣются данныя о 9 лазаретахъ дивизій юго-западнаго фронта. На 36.890 раненыхъ произведено 1.260 операцій. На первый взглядъ количество операцій можетъ показаться сравнительно значительнымъ, но нужно замѣтить, что только одинъ лазаретъ произвелъ 976 операцій. Значитъ, на остальные лазареты приходится 284 операціи на 27.939 раненыхъ, т.-е. % оперируемости равенъ почти 1.

Я имѣю въ распоряженіи данныя 9 полев. подв. госпиталей опять юго-западнаго фронта. За опредѣленный большой проме-

жутокъ временн черезъ госпитали прошло 73.407 раненыхъ, произведено 9.790 операцій. Одинъ госпиталь, черезъ который прошло 27.091 раненыхъ, произвелъ 8.365 операцій; другой на 3.406 раненыхъ произвелъ 547 операцій, третій на 2.214 раненыхъ 371 операцію. Очевидно, что здѣсь хирургическая дѣятельность, какъ и въ лазаретахъ дивизій, идетъ правильнымъ темпомъ, но лишь въ отдѣльныхъ учрежденіяхъ. Къ сожалѣнію, я не имѣю въ распоряженіи цифровыхъ данныхъ касательно работы подв. лазаретовъ кр. кр., но думаю, что эта работа должна выражаться въ солидныхъ цифрахъ, такъ какъ почти каждый лазаретъ представляетъ собой чисто хирургическую организацію.

Изъ данныхъ, которыми я сейчасъ пользовался, какъ валовыхъ, такъ и частныхъ, съ несомнѣнностью вытекаетъ то, что и можно было предвидѣть: хирургическую работу несутъ тѣ учрежденія, въ которыхъ есть опытные хирурги. Для организаціи ближайшаго хирургическаго тыла никоимъ образомъ нельзя упускать изъ вида сдѣланнаго вывода.

Если я, напр., говорю, что въ рядѣ случаевъ перев. отрядъ дивизіи можетъ служить ближайшимъ хирургическимъ тыломъ, то только въ томъ случаѣ, когда тамъ есть хирургъ. Я выше указалъ, что въ трехъ перев. отрядахъ не было произведено ни одной операціи, хотя черезъ отряды прошло довольно большое количество раненыхъ. То же самое повторяется въ отношеніи лазаретовъ дивизій и полев. подв. госпиталей. Совершенно очевидно, что самой жизнью какъ лазареты дивизій, такъ и полев. подв. госпитали разбиваются на хирургическіе и нехирургическіе. Для организаціи солиднаго ближайшаго хирургическаго тыла можно использовать только «хирургическія» учрежденія, ибо въ противномъ случаѣ раненые останутся безъ надлежащей хирургической обработки.

Полагаю, что при большихъ сраженіяхъ возможно организовать хирургическую помощь такъ, что въ опредѣленныхъ мѣстахъ располагать опредѣленныя хирургическія лечебныя заведенія и эвакуировать въ нихъ только раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи или въ иммобилизаціи. Эвакуація можетъ

начаться, какъ я о томъ говорилъ, съ передовыхъ перев. пунктовъ, должна продолжаться съ главнаго перев. пункта. Въ такомъ случаѣ главный перев. пунктъ беретъ на себя задачу обслуживанія наиболѣе нетерпящихъ отлагательствъ раненыхъ; остальныхъ для оперативной помощи и для иммобилизаціи онъ направляетъ въ заранѣе опредѣленныя лечебныя заведенія. Что такая постановка дѣла возможна, показываетъ сама жизнь.

Въ одной изъ предыдущихъ главъ я указывалъ, что количество, напр., раненыхъ въ животъ на 1.000 вообще раненыхъ въ перев. отрядахъ нѣсколько меньше, чѣмъ въ лазаретахъ дивизій. То же повторяется съ ранеными въ грудную клѣтку и черепъ. Такой фактъ можетъ объясняться только тѣмъ, что болѣе тяжелые раненые направляются иногда въ лазареты дивизій, минуя главный перевязочный пунктъ. Подобное заключеніе до такой степени важно, какъ обоснованіе возможности организаціи ближайшаго хирургическаго тыла, какъ обоснованіе возможности согласованія эвакуаціи въ связи съ принципами этаннаго леченія, что я позволю себѣ доказать положеніе болѣе точнымъ образомъ.

Я возьму данныя трехъ дивизій во время маневренныхъ боевъ и сравню количество раненыхъ въ животъ въ перев. отрядѣ и въ 1-мъ лазаретѣ дивизіи. Вотъ что оказывается:

Дивизія А. Черезъ перев. отрядъ прошло	8.615	ран.,
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	317	
черезъ 1-й лазаретъ прошло	8.951	»
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	617	
Дивизія Б. Черезъ перев. отрядъ прошло	3.271	»
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	99	
черезъ 1-й лазаретъ прошло	1.547	»
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	100	
Дивизія В. Черезъ перев. отрядъ прошло	2.133	»
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	208	
черезъ 1-й лазаретъ прошло	2.219	»
изъ нихъ раненыхъ въ животъ	253	

Приведенныя цифры достаточно краснорѣчивы и убѣдительны. Къ нимъ трудно что-нибудь прибавить. Сама жизнь требуетъ эвакуаціи раненыхъ въ соотвѣтствіи съ ихъ раненіями и въ соотвѣтствіи съ необходимой имъ помощью. Если теперь признать за фактъ возможность эвакуаціи сообразно съ той помощью, въ которой раненые нуждаются, если вмѣсто лазаретовъ дивизій, иногда оказывающихся въ хирургическомъ отношеніи безпомощными и, слѣдовательно, не могущими обслуживать должнымъ образомъ раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи, если вмѣсто лазаретовъ дивизій, говорю я, подставить хирургическія учрежденія или учрежденія, при которыхъ имѣются хирурги,—то вопросъ организаціи ближайшаго солиднаго хирургическаго тыла будетъ рѣшенъ.

Итакъ, начавъ разсмотрѣніе вопроса съ главнаго перевязочнаго пункта, я поневолѣ пришелъ къ вопросу объ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла на случай большихъ боевъ. Основаніе такой организаціи вытекаетъ изъ того количества нуждающихся въ оперативно-иммобилизирующей помощи, которое не можетъ быть обслужено ни отдѣльнымъ перев. отрядомъ дивизіи, ни ея лазаретомъ 1-мъ или 2-мъ. При существующемъ порядкѣ вещей, разъ перев. отрядъ забитъ ранеными и не можетъ съ ними справиться, будутъ забиты и лазареты дивизіи, какъ первый, такъ и второй, ибо въ общемъ волна раненыхъ катится отъ перев. отряда къ лазарету дивизіи первому, отъ него—ко второму. Правда, на помощь лазаретамъ дивизій или полев. подв. госпиталямъ являются подв. лазареты кр. кр. Правда, они принимаютъ на себя одинъ изъ ручейковъ подлежащихъ оперативной помощи раненыхъ, но приведенныя цифры раненыхъ, хотя бы самыхъ тяжелыхъ (ранения живота, груди и черепа), удостовѣряютъ, что при прекрасной работѣ лазареты частной организаціи не могутъ взять на себя обслуживаніе всѣхъ даже наиболѣе тяжкихъ раненыхъ.

Количество раненыхъ, нуждающихся при современныхъ бояхъ въ оперативной помощи, столь велико, что для оказанія правильнаго имъ пособія приходится создавать въ ближайшемъ тылу нѣчто въ родѣ хирургической фабрики, фабрики операцій

и наложенія неподвижныхъ повязокъ; для этой цѣли при опредѣленныхъ лечебныхъ заведеніяхъ, соединяя ихъ,—концентрировать хирурговъ, концентрировать большое количество средняго медицинскаго персонала, обильно снабжать такіе хирургическіе центры инструментаріемъ, автоклавами, перев. матеріаломъ и всѣмъ прочимъ. Само собой разумѣется, что нельзя упускать изъ вида вопросовъ эвакуаціи.

Въ главѣ о хирургической тактикѣ я говорилъ, что, на мой взглядъ, при сраженіяхъ наступательнаго характера хирургическій ближайшій тылъ можетъ быть нѣсколько приближенъ къ позиціямъ. При отступательнаго характера сраженіяхъ выгодно, какъ въ смыслѣ возможности подачи помощи, такъ и въ смыслѣ возможности своевременной эвакуаціи, хирургическій тылъ нѣсколько осадить. На какое разстояніе можно это сдѣлать, покажетъ разборъ каждаго отдѣльнаго случая. Моя задача сводится къ установленію принциповъ организаціи.

Чтобы показать, что организація ближайшаго хирургическаго тыла не есть нѣчто еретическое и неосуществимое, позволю себѣ остановиться на одномъ примѣрѣ. Къ сожалѣнію, по условіямъ военной тайны, я не могу говорить ни о мѣстѣ, ни въ особенности о тѣхъ военачальникахъ, которые способствовали организаціи. Думаю, что мнѣ удастся выйти изъ затрудненій, не приведя всѣхъ данныхъ.

Тактически хирургическая задача состояла въ обезпеченіи ближайшимъ хирургическимъ тыломъ фланговой ударной группы арміи. Понятно, что ударная группа должна имѣть порядочныя потери. Было выбрано мѣсто верстахъ въ 20 въ тылу отъ позицій. Въ удобномъ помѣщеніи были сведены два лазарета дивизіи. Къ лазаретамъ были прикомандированы 4 хирурга. Вмѣстѣ со мной составилось бы 6 хирурговъ; для каждаго хирурга былъ одинъ помощникъ—врачъ, также знакомый съ хирургіей. Къ лазаретамъ дивизіи было прикомандировано 20 сестеръ милосердія, изъ нихъ 6 операціонныхъ—на каждаго хирурга.

Для каждаго хирурга въ перевязочно-операціонныхъ было предоставлено по два операціонныхъ стола. Вначалѣ работа

должна была идти на 12 операціонныхъ столахъ, затѣмъ работа пошла бы посмѣнно, но съ такимъ расчетомъ, чтобы все время, и днемъ и ночью, работали на 8-10 операціонныхъ столахъ. Было собрано большое количество инструментовъ, дабы работа шла безпрерывно. Понятно, что былъ собранъ перев. матеріалъ, бѣлье, койки,—однимъ словомъ, все, что требуется для оперативной дѣятельности. Въ планъ сраженія входила эвакуація нуждающихся въ оперативной помощи, прежде всего наиболѣе тяжелыхъ: раненыхъ въ полость живота, груди, черепа, съ переломами бедеръ надлежало доставлять въ организованный на случай боя ближайшій хирургическій тылъ.

Въ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла приняла участіе какъ сама армія, такъ и фронтъ, какъ военныя учрежденія, такъ и организаціи частныя.

Долженъ сознаться, что я давно думалъ объ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла. Тутъ я имѣлъ возможность осуществить свою идею, осуществить ее въ предвидѣніи боя, что̀ въ сущности имѣетъ большое значеніе. Конечно, можно организовать ближайшій хирургическій тылъ и во время боя, но по цѣлому ряду причинъ предварительная его организація кажется болѣе полезной.

Военная операція была отмѣнена. Однако организація ближайшаго хирургическаго тыла была осуществлена въ широкомъ масштабѣ. Я думаю, нельзя сомнѣваться въ томъ, что такая организація могла совершить громадное хирургическое дѣло. Конечно, нельзя всегда организовать ближайшій тылъ за счетъ лазаретовъ дивизій. Иной разъ болѣе выгоднымъ окажется использовать съ этой цѣлью перев. отряды, иногда полев. подв. госпитали. Въ каждомъ данномъ случаѣ вопросы эти могутъ быть разрѣшены наилучшимъ образомъ по отношенію къ данной военной операціи. Приведенный примѣръ показываетъ только осуществимость задачи организаціи ближайшаго хирургическаго тыла, когда можно предвидѣть, что ни перев. отряды, ни лазареты дивизій сами не справятся со всей хирургической работой.

Работа ближайшаго хирургическаго тыла можетъ вестись только хирургами и хирургами опытными. Такое положеніе

избавляетъ меня отъ необходимости говорить о стерилизаціи инструментовъ, перевязочнаго матеріала, о значеніи перчатокъ, о значеніи масокъ во время производства большихъ операцій, о приготовленіи операціоннаго поля и тому подобныхъ узкихъ хирургическихъ вопросахъ. Однако мнѣ кажется желательнымъ остановиться на организаціонной сторонѣ дѣла.

При большомъ наплывѣ раненыхъ, требующихъ оперативнаго леченія, организація оперативно-иммобилизирующей помощи имѣетъ большое значеніе, ибо предотвращаетъ путаницу. Путаница можетъ возникнуть и по слѣдующей причинѣ: если раненые оперированные сносятся въ тѣ же помѣщенія, куда кладутся вновь прибывающіе, то иногда трудно бываетъ разобраться, кто еще нуждается въ помощи, кому она оказана, кому еще нѣтъ. Нельзя упускать изъ вида, что среди оперированныхъ черезъ день-два работы появляются раненые, нуждающіеся въ перевязкахъ. Какъ я говорилъ въ главѣ о сортировкѣ, цвѣтная ея система въ значительной мѣрѣ упорядочиваетъ ходъ дѣла, но, помимо цвѣтной сортировки, требуются, на мой взглядъ, еще нѣкоторыя мѣропріятія.

Если начинать разсматривать вопросъ организаціи съ момента поступленія раненыхъ, то прежде всего оказывается необходимымъ пріемникъ для раненыхъ. Здѣсь ихъ размѣщаютъ, здѣсь ихъ регистрируютъ, здѣсь, кого можно, кормятъ до подачи имъ спеціальной помощи. Понятно, что для наблюденія за ранеными въ пріемникѣ требуется выдѣлить небольшой, но спеціально приставленный къ пріемнику, персоналъ.

Когда раненые прибываютъ неразсортированными, когда въ организованный хирургическій тылъ или въ одно изъ лечебныхъ заведеній прибываетъ большое количество разнообразныхъ раненыхъ, то, для устраненія задержки въ поданіи оперативной помощи нуждающимся въ ней, требуется организація перевязочно-сортировочной. Изъ нея раненые, сообразно съ раненіемъ, или поступаютъ въ палату, будучи такъ или иначе отмѣчены цвѣтами сортировки, или поступаютъ въ перевязочно-операціонную для поданія болѣе сложной оперативной помощи.

Когда въ заранѣе организованный ближайшій хирургиче-

скій тылъ свозятся раненые, требующіе серьезной хирургической помощи, только такіе, или—и раненые, не требующіе оперативной помощи, но нуждающіеся въ подробномъ осмотрѣ тяжелые раненые, то нѣтъ необходимости въ организаціи спеціально сортировочной перевязочной.

Во многихъ хирургическихъ лечебныхъ учрежденіяхъ дѣйствующей арміи я видѣлъ отдѣльныя перевязочныя и отдѣльныя операціонныя. Подъ перевязочныя въ видѣ правила выбираются бо́льшія помѣщенія, подъ операціонныя—меньшія. Раздѣленіе операціонныхъ отъ перевязочныхъ производится сообразно съ требованіями мирнаго времени. Предполагается, что въ операціонныхъ должны производиться асептическія операціи. Въ періоды затишья можетъ быть и возможно производство нѣкоторыхъ типичныхъ асептическихъ операцій, какъ грыжесѣченія, аппендицита. Но въ періодъ боевъ нѣтъ спеціальныхъ асептическихъ операцій, нѣтъ такихъ операцій, которыя бы требовали особаго помѣщенія. Поэтому мнѣ лично всегда представлялось болѣе правильнымъ (я такъ и поступалъ) организовать большую, по возможности, перевязочно-операціонную. Если нужно, организуются двѣ такихъ перевязочно-операціонныхъ; раненые подаются въ такую перевязочно-операціонную по мѣрѣ поступленія. Сейчасъ имъ и подается соотвѣтствующая помощь.

Въ этой перевязочно-операціонной могутъ происходить и операціи, и перевязки, и наложеніе неподвижныхъ повязокъ. Хирургическая работа концентрируется въ одномъ мѣстѣ. Конечно, при продолжающемся наплывѣ раненыхъ, при необходимости приступить къ перевязкамъ уже оперированныхъ, приходится заботиться о развертываніи особой перевязочной, какъ приходится заботиться о развертываніи иногда добавочной операціонно-перевязочной, но принципіальной разницы между перевязочной и операціонной не могу усмотрѣть для нуждъ военнаго времени, для нуждъ передовой хирургіи.

Подача широкой хирургической помощи идетъ тѣмъ успѣшнѣе, чѣмъ сорганизованнѣе работа. Поэтому крайне важно до начала работы точно распредѣлить роли медицинскаго персонала, какъ врачей, такъ средняго, такъ и низшаго

персонала. Задержка въ работѣ можетъ зависѣть только отъ того, что не всѣ лица медицинскаго персонала точно знаютъ рамки своей работы. Заранѣе распредѣляются роли между врачами. Еще важнѣе заранѣе точно опредѣлить, кто изъ средняго персонала занимается приготовленіемъ инструментарія и перев. матеріала, кто завѣдуетъ подачей ихъ во время производства операцій, кто будетъ заниматься веденіемъ наркозовъ, кто занимается срѣзаніемъ повязокъ и заключительнымъ бинтованіемъ раненыхъ. Въ этомъ отношеніи нельзя не входить въ наиболѣе мелкія детали. Такъ, напр., нельзя упустить изъ вида даже назначеніе спеціальныхъ санитаровъ-носильщиковъ для отдѣльныхъ операціонныхъ столовъ. Хотя эти вопросы могутъ показаться крайне мелочными, но факты показываютъ, что самыя ничтожныя мелочи иногда въ состояніи тормозить работу. Такая, напр., мелочь, навѣрно, многимъ бросалась въ глаза: вдругъ исчезаютъ ножницы для срѣзанія повязокъ. Начинаются поиски ножницъ. Не могу не вспомнить при этомъ работу одного отряда частной организаціи, гдѣ и эта мелочь была предусмотрѣна: ножницы, чтобы онѣ не терялись, были привязаны къ каждому отдѣльному перевязочному столу.

Если важно распредѣленіе ролей въ самой перевязочно-операціонной, то не менѣе важно заранѣе распредѣлить роли по обслуживанію палатъ. Вѣдь, въ самомъ дѣлѣ, въ перевязочно-операціонной работа можетъ идти сорганизованно, зато въ палатахъ раненые окажутся до извѣстной степени брошенными на произволъ судьбы.

Само собой разумѣется, большая хирургическая работа не можетъ не идти при большомъ медицинскомъ персоналѣ, какъ врачебномъ, такъ среднемъ и низшемъ. Если обратиться къ существующему штату лазаретовъ дивизій или полев. подвижныхъ госпиталей, то этотъ штатъ, на случай большого наплыва раненыхъ (особенно на случай наплыва въ хирургическое заведеніе трудныхъ раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи), оказывается недостаточнымъ. Простой расчетъ можетъ обнаружить, что персонала, работающаго не покладая рукъ, не хватитъ. Персоналъ фактически не можетъ справиться съ

выпавшей на его долю работой. Вотъ для выполненія этой работы, для оказанія всѣмъ раненымъ необходимой помощи, на сцену выступаютъ резервы медицинскаго персонала.

Въ главѣ о хирургической тактикѣ я говорилъ о резервахъ хирурговъ. Теперь продолжу мысль и укажу на значеніе резервовъ сестеръ милосердія, санитаровъ. Подъ резервами я не могу и не хочу понимать персоналъ, который гдѣ-то сидитъ и ждетъ, не будетъ ли у него работы, сидитъ совершенно безъ дѣла. Можетъ быть, и такой резервъ возможенъ, какъ мѣсто временнаго отдохновенія отъ трудовъ. Но вообще подъ резервомъ я понимаю персоналъ существующихъ и даже развернутыхъ лечебныхъ заведеній, но персоналъ сравнительно свободный, сравнительно мало занятой. Такой персоналъ—по крайней мѣрѣ, часть его — можетъ быть перекинутъ—и въ довольно быстрый срокъ—съ одного мѣста на другое.

Факты показываютъ, что въ районѣ одной арміи иногда бываетъ персоналъ, перегруженный работой, и почти рядомъ персоналъ бездѣйствующій или почти бездѣйствующій. Вотъ этотъ персоналъ и долженъ быть использованъ. Я уже выше привелъ примѣръ такого использованія персонала, въ будущемъ приведу еще одинъ примѣръ. Далѣе, въ минуты напряженной хирургической работы фронтъ можетъ придти на помощь арміи своимъ персоналомъ. И такіе примѣры я могъ бы привести. Далѣе мнѣ приходитъ въ голову мысль такая: отчего бы временно одна армія не могла помочь другой, рядомъ, напр., стоящей, своимъ медицинскимъ персоналомъ? Связь между санитарными отдѣлами арміи могла бы безъ большого, думаю, напряженія осуществить такую взаимопомощь, благодаря чему выиграло бы дѣло, выиграли бы раненые.

Такимъ образомъ, оказывается, что возможности увеличить, усилить медицинскій персоналъ на мѣстѣ организаціи ближайшаго хирургическаго тыла имѣются. Эти возможности реализуются. Мое дѣло какъ разъ и сводится къ тому, чтобы показать значеніе сосредоточенія хирургическихъ силъ, указать возможность осуществленія такого сосредоточенія и подтвердить возможность фактами ея реализаціи.

VII. ГОЛОВНОЙ ЭВАКУАЦІОННЫЙ ПУНКТЪ.

Какъ извѣстно, головной эвакуаціонный пунктъ представляетъ собой организацію, находящуюся въ распоряженіи фронта. Въ рядѣ случаевъ голови. эвакуаціонный пунктъ по характеру своей работы относится къ «промежуточной хирургіи». Тѣмъ не менѣе головной эвакуаціонный пунктъ часто имѣетъ такое близкое отношеніе къ передовой хирургіи, такое имѣетъ для нея значеніе, что при разсмотрѣніи вопросовъ организаціи передовой хирургіи никакъ нельзя обойти молчаніемъ головной эвакуаціонный пунктъ.

Если не ошибаюсь, мнѣ первому изъ хирурговъ за текущую войну пришлось принять участіе въ организаціи головного эвакуаціоннаго пункта. Это было въ августѣ 1914 г. въ Insterburg'ѣ. Затѣмъ мнѣ пришлось принять участіе въ организаціи сарыкамышскаго головного эвакуаціоннаго пункта въ ноябрѣ 1914 г. Съ тѣхъ поръ я посѣтилъ большое количество головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, много на нихъ работалъ, почему и составилъ себѣ вполнѣ опредѣленное на ихъ счетъ воззрѣніе.

На головной эвакуаціонный пунктъ раненые могутъ прибывать различными эвакуаціонными средствами. Съ головного эвак. пункта раненые уходятъ въ тылъ или кадровыми, или временными санитарными поѣздами. Значитъ, разъ имѣется голови. эвак. пунктъ, разъ на него прибываютъ раненые и съ него эвакупруются, то сейчасъ же возникаетъ вопросъ о сортировкѣ раненыхъ.

Чтобы развивать мысли на счетъ голов. эвакуац. пунктовъ, позволю себѣ остановиться на тѣхъ соображеніяхъ, которыми я руководствовался въ Insterburg'ѣ и Сарыкамышѣ.

Insterburg — городъ небольшой. Въ августѣ 1914 года въ немъ было развернуто 2 военныхъ госпиталя и 2 лазарета кр. кр. Мнѣ казалось, что на пунктѣ должна была происходить сортировка раненыхъ. Предполагалось, что всѣ раненые будутъ сводиться на гол. эвак. пунктъ, который надлежало развернуть на вокзалѣ. При этомъ раненые, не подлежащіе оперативному леченію, могли отправляться прямо съ пункта поѣздами на Эйткунен—Вержболово; раненые, которые подлежали оперативной хирургической помощи, должны были размѣщаться въ развернувшихся въ Insterburg'ѣ лечебныхъ заведеніяхъ. Я не видѣлъ иной возможности правильно произвести сортировку раненыхъ, какъ путемъ перевязки ихъ на пунктѣ. Чтобы работа пункта шла безъ задержекъ, казалось прежде всего необходимымъ отдѣлить ходячихъ раненыхъ

отъ носилочныхъ. Въ этихъ дѣляхъ на вокзалѣ были отдѣлены помѣщенія для ходячихъ раненыхъ и помѣщенія для носилочныхъ; для каждаго рода раненыхъ были развернуты отдѣльныя перевязочныя. Изъ каждой перевязочной двери выходили на дебаркадеръ. Слѣдовательно, всѣ раненые послѣ перевязки подлежали удаленію на дебаркадеръ. Съ послѣдняго раненые или подлежали посадкѣ на поѣзда, или особымъ выходомъ должны были попадать на транспорты для развозки ихъ по лечебнымъ заведеніямъ.

Для обезпеченія пункта медицинскимъ персоналомъ удалось войти въ соглашеніе съ лечебными заведеніями: отъ каждаго изъ нихъ къ прибытію транспорта раненыхъ должны были командироваться врачи и сестры. Работа должна была бы идти дружно.

Удалось согласиться и на счетъ распредѣленія раненыхъ по лечебнымъ заведеніямъ.

Такимъ образомъ, голов. эвакуац. пунктъ въ Insterburg'ѣ долженъ былъ быть не только пунктомъ эвакуаціоннымъ, но и сортировочнымъ. Иначе дѣло и не можетъ идти. Если посмотрѣть на головн. эвакуаціонные пункты, работающіе въ настоящее время, то функціи эвакуаціонная и сортировочная имъ присущи.

Жизнь научила, что и этихъ функцій недостаточно. Извѣстно, что головн. эвак. пунктъ представляетъ собой именно пунктъ, а затѣмъ въ его распоряженіи имѣются придаиные ему госпитали. Такъ вотъ жизнь научила, что самъ пунктъ, не говоря о его лечебныхъ заведеніяхъ, долженъ быть и лечебнымъ пунктомъ съ точки зрѣнія этапнаго леченія. Я только что говорилъ, что въ Insterburg'ѣ были развернуты на пунктѣ перевязочныя. Очевидно, что для раненыхъ, подлежащихъ эвакуаціи, перевязка, сдѣланная на пунктѣ, являлась мѣропріятіемъ лечебнымъ. На многихъ головныхъ пунктахъ я видѣлъ организацію такой этапной хирургической помощи. Помню рядъ головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, гдѣ эта сторона дѣла была поставлена дѣйствительно хорошо: большія перевязочныя, много медицинскаго персонала, большое количество перевязочныхъ столовъ и т. д. Но всего этого мало.

Сарыкамышскій головной эвакуаціонный пунктъ былъ развернутъ въ большомъ казарменномъ помѣщеніи. При пунктѣ имѣлись госпитали. Одинъ изъ нихъ былъ хирургическій. Госпитали были наполнены ранеными и больными. Переполненъ былъ ранеными и пунктъ. Раненые перевязывались въ развернутыхъ при пунктѣ маленькихъ перевязочныхъ. Ничего, кромѣ перевязокъ, раненые въ хирургическомъ смыслѣ не получали.

Вотъ тутъ и всталъ впервые вопросъ объ оказаніи раненымъ на самомъ пунктѣ болѣе сложныхъ хирургическихъ посо-

бій. Въ самомъ дѣлѣ, если нѣтъ возможности раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи, всѣхъ помѣстить въ госпитали, то не выгоднѣе ли для многихъ раненыхъ подвергнуться нужной операціи, а затѣмъ эвакуироваться. Не выгоднѣе ли, напр., раненымъ подвергнуться вскрытію флегмоны до эвакуаціи, чѣмъ отправляться на эвакуацію съ гнойными затеками. Думаю, что въ выбранномъ примѣрѣ отвѣтъ можетъ быть только положительнымъ. Въ Сарыкамышѣ дѣло шло преимущественно о распространенныхъ гнойныхъ процессахъ.

Положительный отвѣтъ на одинъ вопросъ повелъ къ слѣдующему вопросу, который явился послѣ: нужно ли всѣхъ раненыхъ, подлежащихъ оперативно-хирургической помощи, помѣщать въ лечебныя заведенія; не выгоднѣе ли для всей постановки дѣла часть раненыхъ, получившихъ надлежащія хирургическія пособія, немедленно или съ небольшимъ промежуткомъ времени эвакуировать въ тылъ? Изъ этого вопроса вытекаютъ слѣдующіе: кого изъ раненыхъ и черезъ какой срокъ можно эвакуировать въ тылъ, кого нужно оставить въ лечебныхъ заведеніяхъ, и опять-таки—на какой срокъ? Этихъ вопросовъ я уже касался въ предыдущихъ главахъ. Теперь снова къ нимъ возвращаюсь примѣнительно къ головнымъ эвакуаціоннымъ пунктамъ.

Рѣшеніе этихъ вопросовъ находится прежде всего въ зависимости отъ величины наплыва раненыхъ. Причина понятна. При маломъ, напр., наплывѣ можно всѣхъ раненыхъ, даже могущихъ быть эвакуированными послѣ операцій, задержать на нѣкоторый срокъ въ лечебныхъ заведеніяхъ. Касательно нѣкоторыхъ категорій раненыхъ можно сдѣлать заключеніе о возможности ихъ эвакуаціи, но нельзя сказать, что они, во что бы то ни стало, должны быть эвакуированы.

Въ Сарыкамышѣ впервые представилась необходимость на самомъ головномъ эвакуаціонномъ пунктѣ организовать широкую хирургическую помощь. Идея встрѣтила сочувствіе со стороны представителя верховнаго начальника санитарной и эвакуаціонной части барона Кнорринга и нынѣ покойнаго военно-санитарнаго инспектора Шелковскаго. Такимъ образомъ, въ

Сарыкамышѣ впервые, если я не ошибаюсь, головной эвакуаціонный пунктъ долженъ былъ выполнять не только сортировочно-эвакуаціонную, но и этапно-лечебную функцію.

Въ своихъ взглядахъ на значеніе голов. эвакуаціонныхъ пунктовъ я еще болѣе утвердился дальнѣйшими наблюденіями.

Не думаю, чтобы какой-либо головной эвакуаціонный пунктъ могъ вмѣстить въ своихъ лечебныхъ заведеніяхъ ту массу нуждающихся въ оперативной помощи раненыхъ, какую даютъ современные бои. Если пунктъ не несетъ лечебной функціи, то положеніе оказывается безвыходнымъ: раненыхъ приходится эвакуировать, не подавъ имъ надлежащей помощи.

Такъ какъ эвакуація иногда запаздываетъ по сравненію съ притокомъ раненыхъ на головной эвакуаціонный пунктъ, то получается необходимость пріютить раненыхъ, хотя бы временно. Правильно организованный временный пріютъ раненыхъ, подлежащихъ скорѣйшей эвакуаціи, на мой взглядъ, не можетъ обойтись безъ создапія возможности подать раненымъ нужную хирургическую помощь, выражается ли она въ смѣнѣ повязки, наложеніи иммобилизирующей повязки или въ производствѣ оперативнаго пособія.

Мнѣ пришлось посѣтить довольно много головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ. Сопоставляя все мною видѣнное, можно различить нѣсколько типовъ устройства пунктовъ: въ одномъ изъ нихъ принята во вниманіе необходимость раненыхъ пріютить и подать наиболѣе примитивную помощь, т.-е. смѣнить перевязку. Въ такого рода пунктахъ оказываются развернутыми хорошія и большія перевязочныя, въ нихъ работа кипитъ, но кипитъ только по отношенію смѣны перевязокъ и наложенія иммобилизирующихъ повязокъ. Оперативная дѣятельность совсѣмъ не въ почетѣ. На другихъ пунктахъ, помимо пріемниковъ для раненыхъ, помимо перевязочныхъ для сравнительно легкихъ раненыхъ, развернуты большія перевязочно-операціонныя для подапія на пунктѣ же оперативныхъ пособій. При такихъ пунктахъ имѣются обычно какъ бы стаціонарныя отдѣленія, которыя оказываются крайне полезными. При перегруженности лечебныхъ заведеній подобныя стаціонарныя отдѣ-

ленія принимаютъ на себя задачи оперативной помощи и временнаго обслуживанія раненыхъ—по крайней мѣрѣ, наиболѣе тяжкихъ, не могущихъ быть эвакуированными немедленно по подачѣ оперативнаго имъ пособія.

Сопоставляя сказанное, я опять прихожу къ заключенію, что при головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ необходимо имѣть: 1) большіе пріемники для раненыхъ, при чемъ, 2) пріемники должны располагать большими операціонно-перевязочными. Если принять во вниманіе, что черезъ головной эвакуаціонный пунктъ за сутки можетъ проходить и проходитъ во время большихъ боевъ до 3.000 раненыхъ, то станетъ вполнѣ очевиднымъ, что хирургическая дѣятельность пункта не можетъ не быть весьма большой. Эта дѣятельность во многихъ случаяхъ должна идти непрерывно день и ночь, ибо раненые прибываютъ во всякое время. Отсюда становится понятнымъ значеніе персонала, значеніе для головного эвакуаціоннаго пункта обилія инструментарія, перевязочнаго матеріала и т. д.

На головномъ эвакуаціонномъ пунктѣ прежде всего, конечно, производится сортировка раненыхъ. Часть послѣднихъ направляется въ лечебныя заведенія пункта, часть проходитъ только черезъ пунктъ, и затѣмъ эвакуируется. По сути дѣла, въ лечебныя заведенія слѣдуетъ направлять тѣхъ раненыхъ, которые нуждаются въ сравнительно продолжительномъ госпитальномъ леченіи. Вѣдь совершенно безцѣльнымъ было бы ставить дѣло такъ, что переполнять лечебныя заведенія сегодня такими ранеными, которые завтра могутъ быть эвакуированы. Подобной категоріи раненые съ гораздо большей для себя пользой получатъ помощь на самомъ пунктѣ, ибо не будутъ подвергаться излишнимъ перевозкамъ. Отъ такой постановки дѣла получится общій выигрышъ, такъ какъ не будутъ непроизводительно расходоваться эвакуаціонныя средства на передвиженіе къ госпиталямъ и обратно раненыхъ, по сути дѣла подлежащихъ эвакуаціи. Мнѣ кажется, что на этотъ вопросъ стоитъ обратить серьезное вниманіе. Лечебныя заведенія не должны превращаться въ лежебоки. Эвакуаціонный пунктъ самъ долженъ справляться съ подачей пособій тѣмъ раненымъ, которые послѣ пособій могутъ

быть эвакупровапы. Разница между лечебнымъ заведеніемъ головного эвакуаціоннаго пункта и самимъ пунктомъ можетъ быть формулирована слѣдующимъ приблизительно образомъ: лечебное заведеніе лечитъ, имѣя въ виду эвакуацію; эвакуаціонный пунктъ эвакупруетъ, не забывая леченія. При такомъ разрѣшеніи вопроса этапное леченіе окажется осуществленнымъ, насколько это только возможно.

Понятно, сейчасъ же возникаютъ вопросы о томъ, кого же считать подлежащимъ леченію въ госпиталяхъ, а кого считать подлежащимъ эвакуаціи безъ помѣщенія въ госпиталяхъ. Вопросъ этотъ разрѣшается въ зависимости и отъ расположенія головного эвакуаціоннаго пункта. Если послѣдній выдвинутъ возможно ближе къ позиціямъ, если онъ такимъ образомъ можетъ входить въ хирургически-тактическую схему даннаго боя, то въ госпиталяхъ подлежатъ оставленію тѣ раненые, для которыхъ немедленная эвакуація грозитъ опасностью. Сюда—я говорилъ уже объ этомъ—относятся раненые въ полость живота, груди, черепа, съ оскольчатыми переломами бедеръ, съ тяжелыми поврежденіями костей и суставовъ, ампутированные, раненые послѣ перевязокъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, съ выраженными осложненіями въ ранахъ—особенно въ видѣ газовыхъ гангренъ, септическихъ флегмонъ, конечно, съ признаками столбняка. Могутъ подлежать эвакуаціи послѣ операціи раненые съ оскольчатыми переломами конечностей, но безъ особо большихъ размозженій частей, съ ранеиіями суставовъ, съ рваными ранами мягкихъ частей. Среди ранъ мягкихъ частей встрѣчаются также очень тяжелыя ранения, которыя выгоднѣе оставить въ госпиталяхъ. Такимъ образомъ, изъ разнаго рода поврежденій костей, суставовъ и мягкихъ частей наиболѣе тяжкіе раненые подлежатъ оставленію въ госпиталяхъ, менѣе тяжкіе, по поданіи имъ оператпвнаго пособія, могутъ быть эвакупруемы. Мнѣ кажется, нѣтъ возможности болѣе опредѣленно формулировать заданія.

То же самое относится и къ глухимъ ранеиіямъ, особенно осколками артиллерійскихъ снарядовъ. Я лично смотрю на дѣло такъ, что раненые съ глухими раненіями костей, суставовъ и

мягкихъ частей опять распадаются на двѣ группы: тяжелыхъ раненыхъ, раненыхъ сравнительно большими осколками снарядовъ, раненыхъ, которые подлежатъ для устраненія опасныхъ осложненій первичному оперативному леченію съ цѣлью извлеченія осколка даже при отсутствіи возможности снять рентгеновскій снимокъ. Подобныхъ раненыхъ необходимо направлять въ госпиталя и тамъ ихъ выдерживать послѣ операціи. Противоположную группу составляютъ раненые съ глухими пулевыми раненіями или глухими раненіями мелкими осколками артиллерійскихъ снарядовъ. Такъ какъ опасность зараженія при подобныхъ раненіяхъ не очень велика, то такіе раненые могутъ быть эвакуируемы. Понятно, что между крайними примѣрами всегда встрѣчаются средніе. Отношеніе къ нимъ можетъ быть выработано сообразно со взглядами отдѣльнаго хирурга, сообразно съ тѣми или иными данными самого раненія. Я, конечно, не могу предусмотрѣть всѣхъ возможностей.

По крайней мѣрѣ, изъ изложеннаго вытекаетъ схема отношенія къ раненымъ, схема, которую въ той или иной мѣрѣ можно при необходимости измѣнить, но которая, буду надѣяться, дастъ выходъ для сортировки большинства раненыхъ.

Въ видѣ необходимости допускаю, что въ концѣ концовъ при сортировкѣ могутъ произойти тѣ или иныя недоразумѣнія, но эти недоразумѣнія частнаго характера не могутъ быть столь вредны, какъ недоразумѣнія массовыя.

Если принять во вниманіе схематическую сортировку раненыхъ на головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ, если принять во вниманіе значеніе выдвинутаго расположенія головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, могущихъ входить въ организацію ближайшаго хирургическаго тыла, то отсюда станетъ понятнымъ, что хирургическая дѣятельность, какъ на самомъ пунктѣ, такъ и въ его госпиталяхъ, оказывается очень напряженной.

Чтобы до извѣстной степени иллюстрировать хирургическую работу на головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ, приведу нѣсколько цифръ. 29-го мая 1915 г. въ госпиталяхъ бродскаго головного эвакуаціоннаго пункта за одинъ день мнѣ пришлось произвести подрядъ 15 операцій. 29-го августа того же года

въ госпиталѣ головного эвакуаціоннаго пункта въ Ш. съ 4 ч. дня до 11 ч. вечера произвелъ подрядъ 11 операцій. Изъ этихъ примѣровъ видно, что при проѣздѣ черезъ головные эвакуаціонные пункты приходится производить цѣлыя серіи операцій, такъ много раненыхъ, нуждающихся въ оперативной помощи.

На сѣверномъ фронтѣ въ межбоевой промежутокъ за мѣсяцъ командировки мнѣ пришлось на различныхъ головн. эвакуаціонныхъ пунктахъ произвести 105 операцій. Однако и эта работа представляется незначительной. Періодъ большого боя даетъ цифры операцій несравненно бо́льшія. За время боя въ недѣльный срокъ мнѣ пришлось, напр., произвести болѣе 300 операцій. За первые сутки боя я произвелъ болѣе 50 операцій, куда входило 11 чревосѣченій. Цифры, которыми я располагаю лично, принимаютъ болѣе опредѣленную физіономію, когда ихъ расширить.

Я располагаю, напр., цифрами оперативной дѣятельности отдѣльныхъ хирургическихъ госпиталей головн. эвакуаціонныхъ пунктовъ юго-западнаго фронта. Приведу два примѣра.

Госпиталь пункта А. Раненыхъ прошло 3.805, операцій произведено 1436; % оперируемости—37,7.

Госпиталь пункта Б. Раненыхъ прошло 4852, операцій произведено 1022; % оперируемости—26,8.

Если сравнить % оперируемости съ таковымъ же въ перев. отрядахъ дивизій, гдѣ наибольшій % достигаетъ 3,3%, съ таковымъ же въ лазаретахъ дивизій и т. д., то окажется, что главная хирургическая дѣятельность приходится на головные эвакуаціонные пункты. Только что приведенныя мною цифры касаются пунктовъ, расположенныхъ довольно далеко отъ позицій. Но высокая оперативная дѣятельность отмѣчается и въ госпиталяхъ пунктовъ, придвинутыхъ къ позиціямъ.

Такъ, напр., въ одномъ изъ головн. эвакуаціонныхъ пунктовъ сѣвернаго фронта за время боя въ 4 военныхъ госпиталяхъ на 4.090 раненыхъ произведено было 978 операцій, т.-е. % оперируемости выразился приблизительно цифрой 25. За то же время лечебныя заведенія частныхъ организацій на 3.553 раненыхъ произвели 520 операцій, т.-е. % оперируемости равнялся

приблизительно 17. Въ одномъ изъ упомянутыхъ военныхъ госпиталей работалъ и я. Въ этомъ госпиталѣ на 1.058 раненыхъ произведено было 565 операцій, т.-е. % оперируемости поднялся до 53.

Слѣдовательно, въ общей сложности лечебныя заведенія одного головного эвакуаціоннаго пункта приблизительно за 2 недѣли работы произвели 1.500 операцій. Но я смѣю думать, что и такая оперативная дѣятельность ниже должной. Ниже потому, что всѣхъ раненыхъ, подлежащихъ операціямъ, лечебныя заведенія вмѣстить не могутъ. Оперативная дѣятельность должна широко развертываться на самыхъ пунктахъ, въ ихъ операціонно-перевязочныхъ.

Изъ разсмотрѣнія цифровыхъ данныхъ явствуетъ, что наибольшая оперативно-хирургическая дѣятельность выпадаетъ пока на головные эвакуаціонные пункты. Понятно, въ интересахъ раненыхъ, чтобы эта оперативная помощь подавалась безъ запозданія. Отсюда слѣдуетъ, что, съ точки зрѣнія пользы раненыхъ, выгодно имѣть головные эвакуаціонные пункты выдвинутыми въ районъ расположенія армейскихъ учрежденій, но имѣть ихъ оборудованными въ хирургическомъ отношеніи.

При такихъ условіяхъ лечебныя заведенія пункта, какъ и самъ головн. эвакуаціонный пунктъ, могутъ входить и входятъ въ организацію ближайшаго хирургическаго тыла.

Когда головной эвакуаціонный пунктъ располагаетъ большимъ количествомъ военныхъ госпиталей и лазаретовъ частныхъ организацій, то, конечно, это чрезвычайно выгодно. Но вопросъ въ томъ, что для развертыванія большого количества лечебныхъ заведеній нужна прежде всего устойчивость фронта, затѣмъ нужны мѣстныя благопріятныя условія для размѣщенія госпиталей. При позиціонномъ характерѣ борьбы такая широкая организація головн. эвакуаціонныхъ пунктовъ возможна даже по близости отъ позицій. Но при маневренныхъ бояхъ скученіе большого количества лечебныхъ заведеній можетъ оказаться неудобнымъ. Въ такомъ случаѣ головной эвакуаціонный пунктъ имѣетъ полную возможность выдвигать впередъ отъ себя отдѣленіе.

Такія выдвинутыя отдѣленія мнѣ приходилось посѣщать. Какъ разъ сейчасъ приходится опять повторить то, о чемъ неоднократно рѣчь шла въ прошломъ. Я лично смотрю на такое выдвинутое отдѣленіе головного эвакуаціоннаго пункта не съ точки зрѣнія голой эвакуаціи, а эвакуаціи, связанной съ леченіемъ. Поэтому полагаю, что при выдвиганіи отдѣленія головного эвакуаціоннаго пункта даже безъ лечебнаго заведенія, при пунктѣ необходимо (что не вызываетъ разногласій) имѣть пріемникъ для раненыхъ; кромѣ того, необходимо имѣть перевязочно-операціонную для подачи своевременной и оперативной помощи нуждающимся въ ней. Я положительно убѣжденъ, что безъ развертыванія хирургической дѣятельности отдѣленія головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ не будутъ такъ полезны, какъ они должны быть. Поэтому думаю, что при выдвинутомъ отдѣленіи пункта всегда долженъ быть хирургическій персоналъ, всегда долженъ быть хирургическій инструментарій, перевязочный матеріалъ, автоклавъ и все прочее для оказанія широкой хирургической помощи. Нисколько не сомнѣваюсь, что такая постановка дѣла безъ большого труда осуществима.

При такихъ условіяхъ и отдѣленіе головного эвакуаціоннаго пункта будетъ входить въ организацію ближайшаго хирургическаго тыла, будетъ удовлетворять армію не только эвакуаціей ея раненыхъ, но и принесеніемъ раненымъ возможной хирургической помощи.

Переходя къ подробностямъ организаціи головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, нельзя не замѣтить слѣдующаго. На пунктахъ, въ ихъ лечебныхъ заведеніяхъ, всегда имѣется нѣкоторое количество раненыхъ, страдающихъ наиболѣе тяжкими видами инфекцій ранъ. Теперь время вспомнить, что среди этихъ инфекцій встрѣчаются такія, съ которыми въ мирное время почти не приходится имѣть дѣло. Въ этомъ отношеніи первое мѣсто принадлежитъ газовымъ гангренамъ и гемолитическимъ флегмонамъ (бронзовая рожа). Сюда присоединяются вообще септическія гемолитическія формы, чрезвычайно тяжело текущія. Достаточно вспомнить про гемолитически-септическіе плевриты, чтобы представить себѣ тяжесть заболѣваній. Совершенно очевидно, что

съ подобнаго рода процессами приходится бороться, а въ вопросахъ борьбы имѣетъ большое значеніе бактеріологическая разработка вопросовъ зараженія. Вотъ почему при головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ необходимо имѣть бактеріологическія лабораторіи.

По мѣрѣ удаленія головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ отъ позицій въ тылъ количество осложненій въ ранахъ увеличивается. Въ госпиталяхъ головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, удаленныхъ отъ позицій, встрѣчаешь почти исключительно раненыхъ съ осложняющими раненія заболѣваніями. Тѣмъ важнѣе оказываются бактеріологическія лабораторіи. Но и въ лечебныхъ заведеніяхъ гол. эвак. пунктовъ, придвинутыхъ къ позиціямъ, осложняющія заболѣванія всегда имѣются. Поэтому вопросъ о лабораторіяхъ и получаетъ такое значеніе.

Далѣе нельзя не сказать два-три слова касательно рентгеновскихъ аппаратовъ. Не принимая даже въ соображеніе рентгеновскихъ аппаратовъ для нуждъ леченія переломовъ костей, къ чему мы такъ привыкли въ мирное время, нельзя забывать про массу глухихъ раненій, особенно крупными осколками артиллерійскихъ снарядовъ. Опытъ показываетъ, что такого рода раненія часто сопутствуются наиболѣе жестокими осложненіями въ теченіи ранъ. Между прочимъ одну изъ главныхъ причинъ подобныхъ осложненій приходится видѣть въ занесеніи съ осколкомъ снаряда кусковъ одежды. Какъ бы то ни было, во избѣжаніе возможныхъ осложненій, выгодно подобныхъ раненыхъ подвергать первичнымъ операціямъ для удаленія осколковъ и кусковъ одежды. До какой степени такія вмѣшательства, своевременно предпринятыя, благодѣтельно отражаются на раненыхъ, понятно само собой, да и можетъ быть подтверждено рядомъ примѣровъ. Между тѣмъ, при большомъ хирургическомъ опытѣ, далеко не всегда удается найти осколокъ. Я не могу считать себя несчастливымъ въ смыслѣ первичнаго удаленія осколковъ снарядовъ, но приблизительно въ 5—10% случаевъ мнѣ не удавалось найти осколковъ. Особенно затруднительно сдѣлать это при раненіяхъ бедра и ягодицы. Между тѣмъ какъ разъ раненія бедра и ягодицы въ виду толщи мышцъ пред-

ставляются особенно опасными въ смыслѣ послѣдующихъ зараженій. Зараженія, разъ они начинаются, часто оказываются смертельными. Вотъ почему мнѣ кажется крайне важнымъ имѣть въ распоряженіи головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ рентгеновскіе аппараты.

Знаю, что въ нѣкоторыхъ лечебныхъ заведеніяхъ при головныхъ эвакуаціонныхъ пунктахъ имѣются подобные аппараты. Разъ это такъ, то при сортировкѣ раненыхъ нельзя не принимать приведеннаго важнаго обстоятельства во вниманіе въ томъ смыслѣ, что раненыхъ съ осколками снарядовъ, раненыхъ, подлежащихъ операціямъ съ цѣлью извлеченія осколковъ, направлять въ лечебныя заведенія съ аппаратами Рентгена. Но подобное отношеніе, облегчающее разрѣшеніе задачи, не разрѣшаетъ ее вполнѣ, такъ какъ всѣхъ раненыхъ, съ глухими раненіями и подлежащихъ операціямъ, едва ли удастся сконцентрировать. Мнѣ бы казалось необходимымъ въ распоряженіи каждаго головного эвакуаціоннаго пункта, помимо фиксированныхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ аппаратовъ, имѣть хоть одинъ аппаратъ передвижной.

Если я теперь суммирую все сказанное относительно головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ, то окажется, что лично я придерживаюсь той точки зрѣнія, что головной эвакуаціонный пунктъ выгоднѣе имѣть выдвинутымъ въ расположеніе армейскихъ учрежденій. Въ такомъ случаѣ онъ окажется часто входящимъ въ ближайшій хирургическій тылъ или цѣпкомъ, или своей частью. При этомъ онъ окажется для арміи полезнымъ не только, какъ мѣсто сортировки и эвакуаціи раненыхъ, но какъ хирургическая база для наиболѣе тяжкихъ и нуждающихся въ госпитальномъ леченіи раненыхъ.

Для арміи—вѣрнѣе, для ея раненыхъ—необходима нѣкоторая болѣе неподвижная база. Армейскія учрежденія могутъ быстро передвигаться. Или просто происходитъ мѣна позицій, или часть арміи уходитъ въ резервъ, или армія ведетъ бой, скажемъ, продвигается. Въ первыхъ двухъ случаяхъ лечебныя заведенія арміи уходятъ вмѣстѣ съ нею. Тогда они сдаютъ своихъ раненыхъ въ лечебныя заведенія головн. эвакуаціоннаго пункта. Когда армія ведетъ бой, то, очевидно, часть ея лечеб

ныхъ заведеній или часть персонала ихъ, въ зависимости отъ условій, можетъ работать въ унисонъ и вмѣстѣ съ головн. эвак. пунктомъ и его лечебными заведеніями. Однако совершенно очевидно, что армейскія учрежденія сравнительно часто и сравнительно быстро мѣняютъ мѣста своихъ стоянокъ. Лечебныя заведенія головн. эвак. пункта остаются болѣе неподвижными, создаютъ менѣе подвижную и нужную для раненыхъ лечебную базу.

Мнѣ думается, что при передвиженіи головного эвакуаціоннаго пункта нѣтъ необходимости весь его сразу приводить въ движеніе. Въ главѣ о хирургической тактикѣ я обращалъ вниманіе на желательность имѣть сравнительно неподвижную базу для раненыхъ, особенно для тяжело раненыхъ. До извѣстной степени такая база, какъ я уже излагалъ, можетъ создаваться силами армейскихъ лечебныхъ заведеній. Еще болѣе устойчивую базу можетъ представить собою головной эвакуаціонный пунктъ со своими госпиталями.

Мнѣ кажется, что при необходимости передвигаться впередъ или назадъ головн. эвак. пунктъ долженъ разбиваться по крайней мѣрѣ на двѣ части. Иной выходъ заключается въ расположеніи двухъ головн. эвак. пунктовъ одинъ за другимъ на опредѣленномъ разстояніи. Очевидно, что стоящій сзади при текущемъ сраженіи получитъ сравнительно мало раненыхъ, ибо нуждающіеся въ оперативной помощи осядутъ въ болѣе передовомъ, не нуждающіеся или получившіе помощь пройдутъ мимо пункта санитарными поѣздами. Но тогда, когда армія продвинется впередъ, когда потребуется выпести впередъ головной эвакуаціонный пунктъ, тогда стоявшій сзади и бездѣйствовавшій пойдетъ впередъ, а передній останется на мѣстѣ, чтобы разобраться со своими ранеными. Такое передвиженіе можетъ продолжаться и дальше.

Думаю, что отъ такого принципіальнаго расположенія головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ не можетъ произойти никакихъ невыгодъ. Персоналъ стоящаго сзади во время работы болѣе передового можетъ прикомандировываться къ послѣднему.

Нѣчто подобное, кажется мнѣ, полезно при отступательныхъ бояхъ. И при нихъ необходимо имѣть болѣе неподвижную лечебно-хирургическую базу. Если представить себѣ 2 головн.

эвакуаціонныхъ пункта, расположенныхъ, какъ говорится, въ затылокъ, то во время отступленія передовой снимается и уходитъ въ тылъ на опредѣленное, конечно, разстояніе; болѣе тыловой оказывается теперь передовымъ. Когда ему придетъ время сниматься, онъ уйдетъ въ тылъ. Бывшій передовымъ опять имъ станетъ. Такое передвиженіе кажется мнѣ удобнымъ потому, что одинъ пунктъ всегда стоитъ на мѣстѣ и, какъ стоящій на мѣстѣ, оказывается болѣе подготовленнымъ къ хирургической работѣ.

Какъ сказано выше, одинъ головн. эвак. пунктъ можетъ продѣлать планъ наступленія или отступленія, разбившись на двѣ части. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вопросъ можетъ быть рѣшенъ сообразно съ обстоятельствами.

Головной эвакуаціонный пунктъ стоитъ на границѣ между арміей и фронтомъ, представляетъ собой средство связи лечебныхъ поясовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣятельность его въ хирургическомъ отношеніи оказывается всецѣло посвященной разрѣшенію вопросовъ «промежуточной» хирургіи. Въ другихъ случаяхъ онъ занятъ передовой хирургіей. Какой хирургіи ни пришлось бы ему отдаться, все же головной эвакуаціонный пунктъ есть центръ сортировки, центръ эвакуаціи, центръ леченія наиболѣе тяжелыхъ раненыхъ для постепенной ихъ подготовки къ эвакуаціи, центръ лечебный въ смыслѣ краткаго этапа для поданія разнообразныхъ пособій, включая оперативныя, для раненыхъ, подлежащихъ эвакуаціи.

Именно при такой постановкѣ дѣла вопросы леченія раненыхъ оказываются стоящими на подлежащемъ имъ мѣстѣ.

Думаю, что послѣ всего сказаннаго и относительно головного эвакуаціоннаго пункта становится яснымъ, что этапное леченіе раненыхъ осуществляется въ жизни. Жизнь сама ввела этапное леченіе. Съ принятіемъ его, какъ совершившагося факта, наша задача упрощается: нужно это леченіе усовершенствовать, дабы извлечь изъ него для раненыхъ какъ можно больше пользы и парализовать тѣневыя стороны дѣла. Къ разрѣшенію этихъ задачъ и направлены мои стремленія.